Centraal Planbureau
Sociaal en Cultureel Planbureau

Keuzeruimte in de langdurige zorg



Veranderingen in het samenspel van zorgpartijen en cliënten

Keuzeruimte in de langdurige zorg

Veranderingen in het samenspel van zorgpartijen en cliënten
Een rapport van CPB en SCP

Mariëlle Non (CPB)
Ab van der Torre (SCP)
Esther Mot (CPB)
Evelien Eggink (SCP)
Pieter Bakx (EUR)
Rudy Douven (CPB)

Centraal Planbureau | Sociaal en Cultureel Planbureau
Den Haag, oktober 2015

cpb-boek, nummer 18
scp-publicatie 2015-29
Opmaak binnenwerk: Textcetera, Den Haag
Figuren: Mantext, Moerkapelle
Vertaling samenvatting: Julian Ross, Carlisle, Engeland
Omslagontwerp: bureau Stijlzorg, Utrecht

isbn 978 90 377 0762 5
nur 740

Centraal Planbureau
Van Stolkweg 14
2585 jr Den Haag
Telefoon (070) 338 33 80
Website: www.cpb.nl
E-mail: info@cpb.nl

Sociaal en Cultureel Planbureau
Rijnstraat 50
2515 xp Den Haag
Telefoon (070) 340 70 00
Website: www.scp.nl
E-mail: info@scp.nl

De auteurs van scp-publicaties zijn per e-mail te benaderen via de website. Daar kunt u zich ook kosteloos abonneren op elektronische attendering bij het verschijnen van nieuwe uitgaven.

Inhoud

Voorwoord

Begin 2015 is het Nederlandse systeem van langdurige zorg ingrijpend hervormd. Daardoor is er veel veranderd voor burgers, cliënten en zorgpartijen: zorgaanbieders, gemeenten, zorgverzekeraars, zorgkantoren en het Centrum Indicatiestelling Zorg hebben nieuwe taken en verantwoordelijkheden gekregen en vallen onder nieuwe wet- en regelgeving. Ook de prikkels, ofwel de motivaties voor het maken van keuzes, zijn door de hervormingen gewijzigd.

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (vws) heeft aan het Centraal Planbureau (cpb) en het Sociaal en Cultureel Planbureau (scp) opdracht gegeven om samen onderzoek te doen naar de mate waarin er in de langdurige zorg ruimte bestaat voor indicatiestellers, gemeenten en zorgverzekeraars om 'zorgkeuzes' te maken en welke stimulansen/mogelijkheden er bestaan om van die ruimte gebruik te maken.
Op dit moment is het nog te vroeg om conclusies te trekken over nieuwe keuzes die de spelers in de zorg maken. Het vernieuwde systeem is nog geen jaar in werking. Dit rapport geeft daarom een theoretische uiteenzetting van keuzes die de spelers in het nieuwe zorgsysteem kunnen maken en een eerste observatie daarvan bij partijen in de zorg. Verder wordt op basis van empirisch onderzoek aangegeven in hoeverre er vóór de hervormingen regionale variatie optrad in indicatiestelling en zorggebruik.

In het samenwerkingsproject konden de expertises van beide planbureaus op een nuttige manier worden gecombineerd. Pieter Bakx van de Erasmus Universiteit Rotterdam was voor dit project tijdelijk bij het cpb gedetacheerd voor het schrijven van hoofdstuk 6. Bij het cpb maakt dit onderzoek deel uit van een overkoepelend project door de programma's Decentrale Overheden en Zorg over het gebruik van langdurige zorg. Wij bedanken de door vws ingestelde klankbordgroep en de geïnterviewde vertegenwoordigers van gemeenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars/zorgkantoren voor hun inbreng.

Het rapport is een gezamenlijk product van beide planbureaus.

Laura van Geest
Directeur Centraal Planbureau

Kim Putters
Directeur Sociaal en Cultureel Planbureau

Samenvatting

Achtergrond

Begin 2015 is het Nederlandse systeem van langdurige zorg ingrijpend hervormd. Delen van de extramurale langdurige zorg (waaronder begeleiding als grootste zorgvorm) zijn gedecentraliseerd naar gemeenten, die onder de vernieuwde Wet maatschappelijke ondersteuning (de Wmo 2015) andere verantwoordelijkheden hebben gekregen. Zorgverzekeraars spelen in de langdurige zorg voor het eerst een rol nu zij verantwoordelijk zijn geworden voor de uitvoering van de wijkverpleging. Zorgkantoren en het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) voeren nog steeds een publieke verzekering voor langdurige zorg uit in het kader van de Wet langdurige zorg (Wlz), die in de plaats is gekomen van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (de AWBZ). De Wlz is bedoeld voor intramurale zorg en alleen mensen met een zware zorgbehoefte komen hiervoor in aanmerking.
Door de hervorming veranderen de prikkels, ofwel de motivaties, die de betrokken partijen hebben bij het maken van keuzes. Dit kan bedoelde en onbedoelde effecten hebben.
Een voorbeeld is een financiële prikkel. Een gemeente die meer geld uitgeeft aan de Wmo dan het budget dat ze van het rijk heeft ontvangen, moet het verschil zelf bijleggen. Dit stimuleert ('prikkelt') de gemeente om binnen het budget te blijven. Daarnaast spelen andere prikkels een rol zoals de intrinsieke motivatie om goede zorg te leveren, wettelijke en sociale normen en ethische overwegingen.
Op verzoek van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport geven het Centraal Planbureau en het Sociaal en Cultureel Planbureau in dit rapport nader inzicht in de nieuwe keuzes waarvoor de uitvoerders van de langdurige zorg voor volwassenen komen te staan; ook beschrijven de planbureaus welke ruimte er is voor die keuzes en welke gevolgen die kunnen hebben voor de cliënt. Dit rapport is geschreven op een moment dat de hervormingen net in gang zijn gezet, het is daarom te vroeg om sterke conclusies te trekken. Het rapport geeft een eerste inzicht in de veranderingen die optreden en geeft aan waar mogelijke knelpunten in het stelsel zich bevinden. Om vast te stellen of die knelpunten zich daadwerkelijk voordoen, is het belangrijk regelmatig de ontwikkelingen te monitoren en is het verstandig dat er een evaluatie van de hervormingen is gepland.

Onderzoeksopzet

Op grond van een kwalitatieve analyse brengen we de prikkels en mogelijke keuzes voor de verschillende partijen (gemeenten, zorgverzekeraars, zorgaanbieders, zorgkantoren, CIZ en cliënten) na de hervorming in kaart. We bestuderen de prikkels die er in theorie binnen de wettelijke regelingen bestaan en kijken wat voor gevolgen deze prikkels kunnen hebben voor keuzes. De aandacht gaat vooral uit naar prikkels op het financiële vlak, maar ook andere prikkels, zoals de motivatie om het welzijn van de burger zo goed mogelijk te dienen, krijgen aandacht in dit rapport. Een tiental interviews met gemeenten, zorg-

verzekeraars en zorgaanbieders geeft een eerste inzicht in de gemaakte keuzes. De analyse en interviews bieden een momentopname, want de hervormingen zijn nog niet overal volledig doorgevoerd. Zo geldt voor veel cliënten die al zorg hadden nog een overgangsrecht en zijn veel gemeenten en zorgverzekeraars nog druk bezig met het uitwerken van hun strategie. Ook zal de regelgeving nog verder worden aangepast.
In een kwantitatieve analyse kijken we naar het recente verleden en analyseren we in hoeverre er variatie was in het gebruik en de indicatiestelling bij gemeenten en zorgkantoorregio's; ook bekijken we of het gebruik van zorg afweek van de indicatiestelling. Grote variatie en sterke afwijkingen wijzen er mogelijk op dat er ook in de praktijk ruimte is voor betrokken partijen (zoals uitvoerders, zorgaanbieders en cliënten) om de zorg anders, beter of doelmatiger vorm te geven.

Kwalitatieve analyse

De veranderingen in wet- en regelgeving rond de langdurige zorg uit de Wmo 2015, de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wlz en de bestaande mededingingswetten bepalen de ruimte die partijen wettelijk krijgen om zelf keuzes te maken.
We analyseren de prikkels en de keuzes die de verschillende partijen in theorie kunnen maken. De meeste zijn besproken met uitvoerders die betrokken waren bij langdurige zorg in de eerste maanden na de hervorming. De belangrijkste bevindingen worden besproken per actor (cliënt of uitvoerder).

De cliënt

Voor de cliënten veranderen er een groot aantal zaken. Doelstellingen van de hervorming zijn dat de ondersteuning dichter bij de burger komt en dat de kwaliteit toeneemt, maar ook dat mogelijkheden van mensen of hun sociale omgeving om zelf te voorzien in hulp en ondersteuning beter worden benut en dat de financiële houdbaarheid van de langdurige zorg verbetert. De hervorming gaat dan ook gepaard met ombuigingen. Nieuw aspecten bij de hervorming zijn het verplichte onderzoek door de gemeente bij de Wmo en de indicatie door de wijkverpleegkundige bij de Zvw, evenals een grotere nadruk op de inzet van mantelzorgers. Door de veranderingen krijgt de cliënt daarnaast te maken met nieuwe regels (zoals veranderingen in de hoogte van de eigen bijdrage) en met andere en meer loketten (Zvw, Wmo en Wlz); dit laatste komt doordat de cliënt soms zorg uit meerdere domeinen tegelijk krijgt, wat afstemming vereist. De afbakening uit welk domein, de Zvw of Wmo, de zorg aan de cliënt wordt verstrekt (bv. bij persoonlijke verzorging) is niet altijd even scherp. Cliënten zullen moeten wennen aan de nieuwe manier van werken, die zowel positief als negatief voor de individuele cliënt kan uitpakken.

De gemeente

Door de decentralisaties wordt de rol van gemeenten in de langdurige zorg belangrijker.
De bedoeling van de hervorming is dat gemeenten de ondersteuning doelmatiger uit gaan voeren, bijvoorbeeld door meer in te zetten op mantelzorg, door zelfstandigheid aan te

leren bij de burger of door in te zetten op een algemene voorziening; alleen als dat niet voldoende is moeten gemeenten ook een maatwerkvoorziening inzetten. Van de betrokken zorgpartijen krijgen gemeenten relatief veel keuzemogelijkheden, bijvoorbeeld bij het inrichten van de indicatiestelling, bij het heffen van eigen bijdragen, bij het organiseren van de zorginkoop en bij het inrichten van de samenwerking met zorgverzekeraars.
De gemeenten hebben financiële prikkels om het geld dat beschikbaar is voor de Wmo efficiënt te besteden; zij ontvangen van de overheid een budget dat zij vrij mogen besteden, maar dat in de praktijk voor een belangrijk deel waarschijnlijk leidend zal zijn bij de uitvoering van de Wmo-ondersteuning. Gemeenten kunnen ervoor kiezen om meer geld uit te geven aan de Wmo dan vanuit het rijk ter beschikking wordt gesteld of juist minder (tot op zekere hoogte). Zo kan een gemeente ervoor kiezen vanuit een sociale of politieke motivatie meer zorg te bieden dan het toegekende budget toelaat, eventueel ten koste van andere gemeentelijke voorzieningen. De mate waarin gemeenten van het ontvangen budget afwijken, zal afhangen van hun preferenties, de wensen van de burger en de financiële situatie van de gemeente. De drang tot bezuinigen op het gemeentebudget kan leiden tot onbedoelde effecten, zoals een verschraling van de zorg, hoge eigen bijdragen of afwenteling van zorg op andere domeinen zoals de Wlz en de Zvw. Door de veranderende beleidsvrijheid kunnen de verschillen in het voorzieningenniveau van de Wmo tussen gemeenten groter worden dan in het verleden. Voor een meer doelmatige inrichting van de zorg, meer preventie en minder risico's op afwenteling is een goede afstemming tussen partijen, zoals gemeenten en verzekeraars, belangrijk.

De zorgverzekeraar

De wijkverpleging (persoonlijke verzorging en verpleging) is voor verreweg het grootste deel overgegaan van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). Een van de gedachten hierachter is dat een doelmatige wijkverpleging rekening houdt met de samenhang tussen wijkverpleging en de curatieve zorg, zoals ziekenhuisopnamen. Zorgverzekeraars maken in het kader van de zorginkoop afspraken met de aanbieders van wijkverpleging.
De indicatiestelling wordt niet uitgevoerd door de verzekeraar maar door wijkverpleegkundigen, die in dienst zijn van de aanbieder en die indicaties stellen op grond van het normenkader van hun beroepsgroep. Verzekeraars hebben op de indicatiestelling alleen indirect invloed, bijvoorbeeld door bij de inkoop nadruk te leggen op mantelzorg en op de inzet van hulpmiddelen waarmee de cliënt weer zelfstandig kan functioneren.
De aanbieder maakt echter zijn eigen afwegingen en kan kiezen voor een ruimere of krappere indicatiestelling dan gewenst door de verzekeraar.
Vooralsnog onderhandelen zorgaanbieders met één representatieve zorgverzekeraar per zorgkantoorregio en lopen verzekeraars een gering financieel risico voor hun deel in de zorg. Ook zijn de verzekeraars bij hun inkoop gebonden aan de beleidsregels van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). In de nabije toekomst zal dit gaan veranderen wanneer zorgverzekeraars onderling gaan concurreren binnen zorgkantoorregio's en wijkverpleging voor hun eigen verzekerden gaan inkopen, onder toeziend oog van de *Autoriteit Consument en Markt* (ACM). Zorgverzekeraars gaan tevens meer financiële risico's lopen bij de uit-

voering en zullen meer vrijheid krijgen bij de inkoop. De gevolgen hiervan voor de wijkverpleging zijn onduidelijk, omdat er tegengestelde effecten kunnen optreden.
Enerzijds worden verzekeraars meer risicodragend, waardoor de financiële prikkels voor een meer doelmatige zorginkoop en zorgverlening groter worden. Verzekeraars krijgen daarnaast ook meer ruimte om aanbieders te prikkelen tot doelmatige zorg. Anderzijds kan de ondoelmatigheid in de uitvoering toenemen, omdat zorgaanbieders binnen een regio met alle zorgverzekeraars afspraken moeten gaan maken. De uitvoeringskosten kunnen daardoor toenemen. Ook heeft een individuele verzekeraar met een klein marktaandeel in de regio weinig inkoopmacht ten opzichte van de aanbieders. Als laatste wordt de afstemming tussen de Wmo en wijkverpleging complexer wanneer gemeenten met meerdere verzekeraars moeten overleggen.
Evenals bij gemeenten, kan bij verzekeraars een drang tot bezuinigen ook leiden tot onbedoelde effecten, zoals pogingen om zorg af te wentelen op andere verzekeraars of domeinen. Op dit moment is het te verwachten effect van de financiële prikkels op de doelmatigheid moeilijk in te schatten. Daarnaast kunnen, net als bij gemeenten, naast financiële ook andere motieven een rol spelen, zoals een sociaal normbesef en maatschappelijke verantwoordelijkheid.
Omdat de uitvoering binnen de Zvw valt en verzekeraars dus onderling gaan concurreren, is ook een adequaat systeem van risicoverevening voor de wijkverpleging van belang om risicoselectie tegen te gaan en zo de doelmatigheid van de zorg te bevorderen.

Zorgkantoren en het CIZ

De rijksoverheid is in het nieuwe stelsel verantwoordelijk voor de Wlz. De zorgomvang is echter beduidend kleiner geworden dan in de AWBZ, omdat veel lichtere vormen van zorg overgeheveld zijn naar de gemeenten en zorgverzekeraars. Uitvoeringstechnisch verandert er weinig. Net zoals voor de hervorming is het CIZ verantwoordelijk voor de indicatiestelling, die gebaseerd is op landelijke protocollen, en voeren de regionale zorgkantoren de zorginkoop uit (maken afspraken met zorgaanbieders). Zowel het CIZ als de zorgkantoren lopen geen financieel risico; wel stelt de overheid voor iedere zorgkantoorregio een budgettair kader op waarbinnen de uitgaven aan Wlz-zorg dienen te blijven. De doelmatigheid van de uitvoering zal sterk afhangen van hoe scherp landelijke protocollen en het uitvoerende CIZ de afbakening kunnen maken tussen welke zorg wel en welke niet in de Wlz thuishoort. Bij een minder goede afbakening neemt de kans toe dat zorg die thuishoort in de Zvw en Wmo terechtkomt in de Wlz (of andersom). De empirische analyse in hoofdstuk 6 laat zien dat een precieze indicatiestelling niet altijd even gemakkelijk is. Uiteraard is het van belang dat zorgkantoren de Wlz-zorg doelmatig organiseren. De beleidsvrijheid bij het CIZ wordt begrensd door de landelijke protocollen, maar volgens de kwantitatieve analyse (zie verderop in de Samenvatting) lijkt de aanwezigheid van regionale verschillen erop te duiden dat er toch een zekere beleidsvrijheid bestaat. Bij het bewust of onbewust invullen van die beleidsvrijheid zullen indiceerders zich mogelijk ook laten leiden door sociaal-culturele overwegingen.

Afstemming en samenwerking

In het nieuwe systeem van langdurige zorg is de afstemming tussen de uitvoerende partijen belangrijk voor een doelmatige zorgverlening. We bespreken drie thema's waarbij afstemming en samenwerking nodig kunnen zijn (baten van investeringen die neerslaan bij een andere partij, samenwerking van gemeenten en verzekeraars, en zorg die uit meerdere domeinen kan worden geleverd).

Een belangrijke taak van gemeenten en verzekeraars is om ervoor te zorgen dat cliënten langer thuis kunnen blijven wonen. Dit is voor bepaalde categorieën cliënten maatschappelijk efficiënt, omdat cliënten daardoor minder snel een beroep doen op de dure Wlz-zorg. Deze investeringen zijn voor gemeenten en verzekeraars echter financieel minder aantrekkelijk wanneer ze als resultaat hebben dat gemeenten en verzekeraars langer voor de cliënten moeten zorgen, terwijl de baten van hun investeringen neerslaan bij de Wlz, waar de rijksoverheid verantwoordelijk voor is. Ook kan het voorkomen dat gemeenten de vruchten plukken van investeringen in goede zorg door verzekeraars (en vice versa). Deze problemen kunnen ertoe leiden dat maatschappelijk efficiënte investeringen niet van de grond komen.

Veel cliënten gebruiken zowel via de Wmo als via de Zvw gefinancierde zorg, bijvoorbeeld een combinatie van huishoudelijke hulp en persoonlijke verzorging. Het is belangrijk dat de cliënt zo weinig mogelijk merkt van het schot tussen de zorgvormen. Door een goede onderlinge afstemming en werkrelatie kunnen gemeente en verzekeraar de zorg doelmatig inrichten. Het gezamenlijk inkopen van zorg en de mogelijkheid budgetten te delen kunnen de afstemming tussen gemeenten en zorgverzekeraars bevorderen.

Als laatste zijn er vormen van zorg die vanuit twee regelingen kunnen worden geleverd. Zo is de persoonlijke verzorging verdeeld over gemeenten en verzekeraars, waardoor er onenigheid kan ontstaan over de vraag in welk domein de cliënt thuishoort. Een ander voorbeeld is de zorg voor cliënten die op basis van hun beperkingen in aanmerking komen voor zorg uit de Wlz (al dan niet aan huis), maar die de zorg even goed, met inzet van veel mantelzorg, binnen de Wmo en Zvw geleverd zouden kunnen krijgen. Welke vorm van zorg het beste is, hangt af van het perspectief waaruit men kijkt. Vanuit maatschappelijk perspectief kan het doelmatiger zijn om de zorg in de Wmo en Zvw te houden, terwijl de cliënt een voorkeur kan hebben voor de Wlz. Andersom kan het ook maatschappelijk wenselijk zijn dat de cliënt juist Wlz-zorg ontvangt, terwijl de cliënt zelf liever voor Zvw-zorg kiest omdat hij of zij voor wijkverpleging geen eigen bijdrage hoeft te betalen en voor Wlz-zorg wel.

In de tien interviews met gemeenten, verzekeraars en aanbieders van zorg beamen partijen dat de zorg zo doelmatig mogelijk moet worden ingericht; ook geven zij aan dat een goede werkrelatie tussen gemeenten en verzekeraars bevorderlijk is voor een goede afstemming en dat afwenteling naar de Wlz niet wenselijk is. De geïnterviewde gemeenten maakten keuzes die onderling sterk verschilden wat betreft de organisatie van de indicatiestelling en de manier van inkopen. De ene gemeente geeft bij de indicatiestelling een grotere rol aan zorgaanbieders dan de andere. De drie geïnterviewde gemeenten maken elk hun eigen keuzes bij het inkopen: één gemeente koopt uren in zonder dat is vastgelegd

aan welke zorg die moeten worden besteed, een andere koopt de zorg in volgens resultaatgebieden voor een vast bedrag (zij koopt bv. hulp in voor 'een schoon huis').
Ook verzekeraars lijken te verschillen in hun plannen voor de komende jaren, wanneer ze meer vrijheid krijgen bij de inkoop van zorg. De ene verzekeraar is meer gericht op selectief inkopen dan de andere, mogelijk via nieuwe contractvormen zoals prestatiebekostiging.

Kwantitatieve analyse

Indicaties en gebruik van zorg

Het eerste deel van de kwantitatieve analyse richt zich op basis van een analyse op gemeenteniveau op de vraag of er vóór 2015 regionale verschillen waren in het gebruik van huishoudelijke hulp uit de Wmo en in de indicaties voor extra- en intramurale zorg uit de AWBZ. Die regionale verschillen zeggen niet zoveel als we geen rekening houden met behoefteverschillen. Daarom corrigeren we modelmatig voor achtergrondkenmerken van de bevolking: gezondheidskenmerken en demografische, sociaaleconomische en geografische kenmerken.
Voorbeelden van bevolkingskenmerken die het gebruik van of de indicaties voor zorg verhogen, zijn: veel mensen met langdurige aandoeningen of lichamelijke beperkingen, veel ouderen en alleenstaande ouderen, weinig mantelzorgers en veel lage inkomens. De analyse laat zien welke regionale verschillen er zijn in de zorgprevalentie – het percentage van de volwassen bevolking dat binnen een jaar op een bepaald moment zorg gebruikt of er een indicatie voor heeft. De regio's zijn zorgkantoorregio's, er zijn 32 regio's met aparte zorgkantoren. De periode van onderzoek beslaat de jaren 2009-2012.
Er blijven na een zo goed mogelijke correctie voor behoefteverschillen toch regionale verschillen bestaan in de prevalentie van indicaties en gebruik. Bij huishoudelijke hulp is het beeld als volgt: in de regio met het hoogste aandeel van de prevalentie dat niet door de achtergrondkenmerken van de bevolking kan worden verklaard, ligt dat aandeel 10% boven het gemiddelde; in de regio met het laagste aandeel van deze prevalentie ligt het 11% onder het gemiddelde. Deze percentages liggen bij indicaties voor extramurale zorg op –22% en +14%, en bij indicaties voor intramurale zorg op –18% en +12%.
De regionale variatie in indicaties/gebruik hangt voor een belangrijk deel samen met kenmerken van gemeenten en jaareffecten. Bij intramurale zorg is het lastiger om te corrigeren voor behoefteverschillen, wellicht door het ontbreken van aanbodfactoren, onzekerheid bij het vaststellen of iemand intramurale zorg nodig heeft, maar vooral door een mismatch van woongemeenten en herkomstgemeenten bij bewoners van instellingen.
Nader onderzoek is nodig om precies na te gaan of en in hoeverre niet meegenomen achtergrondfactoren, zoals verschillen in de vraagcultuur, het aanbod, beleidsverschillen (Wmo) en verschillen in indicatiestelling (AWBZ) en Wmo-gebruik een rol spelen.
Blijkens het correctiemodel is bij huishoudelijke hulp onder de oude Wmo de variatie bij nieuw gebruik groter dan bij totaal gebruik. Deze uitkomst kan echter niet zomaar vertaald worden naar de nieuwe Wmo. In de toekomst kan de variatie in de prevalentie van Wmo-

ondersteuning toenemen door de nieuwe rol van gemeenten. Het monitoren van deze prevalenties kan in de toekomst inzicht geven in de vraag of de variatie is toegenomen.
De gevonden verschillen kunnen er ook op duiden dat eenduidig indiceren lastig is en dat er in het nieuwe zorgstelsel ruimte is voor het maken van andere keuzes. Die keuzes zullen afhangen van de verschillende prikkels die partijen hebben (of gaan krijgen).

Het verschil tussen indicatie en gebruik in de AWBZ

In het tweede onderdeel van het kwantitatieve onderzoek bestuderen we verschillen tussen indicaties voor AWBZ-gefinancierde zorg en het gebruik ervan in 2011 en 2012. We doen dit met behulp van data op individueel niveau. Net als in het zojuist beschreven onderzoek naar regionale verschillen in de indicatiestelling richten we ons op verschillen tussen typen zorg en tussen regio's. Verder corrigeren we voor achtergrondkenmerken van de cliënten die het verschil mogelijk beïnvloeden.
Uit het onderzoek volgt dat slechts een klein deel van de cliënten alle zorg gebruikt waar ze volgens het indicatiebesluit recht op hebben, zelfs als we uitgaan van de ondergrens van de indicatie. Een deel van de cliënten gebruikt helemaal geen zorg (of soms een pgb). Het deel van de geïndiceerde zorg dat wordt gebruikt varieert sterk tussen typen zorg, tussen zorgzwaartes en tussen regio's. De zorgzwaarte wordt bij extramurale zorg uitgedrukt in het aantal geïndiceerde uren en bij intramurale zorg in zorgzwaartepakketten (ZZP's, pakketten die aangeven op welke intramurale zorg een geïndiceerde cliënt recht heeft). Naarmate er bij extramurale zorg meer uren worden geïndiceerd, wordt een kleiner deel van de geïndiceerde zorg gebruikt, vooral bij verpleging en persoonlijke verzorging.
Ook tussen regio's zien we verschillen. Op basis van het gehanteerde model verandert de regionale variatie nauwelijks wanneer we corrigeren voor achtergrondkenmerken.
Dit komt waarschijnlijk doordat de persoonskenmerken van invloed zijn op zowel de indicatie als het gebruik, doordat gezondheidskenmerken op persoonsniveau niet beschikbaar zijn en doordat geen rekening is gehouden met achtergrondkenmerken zoals aanbodvariabelen. De regionale variatie is het hoogst bij persoonlijke verzorging.
Uit de analyse van indicaties voor intramurale zorg blijkt verder dat in 2011 ongeveer een kwart van de personen met een dergelijke indicatie op een zeker moment extramurale zorg gebruikte. Vooral bij de laagste vier ZZP's Verpleging & Verzorging wordt zoals verwacht relatief vaak extramurale zorg gebruikt.
Vrijwel geen enkele indicatie voor extramurale zorg wordt volledig verzilverd, wat er op duidt dat voor veel cliënten de indicatie nauwelijks een beperking vormt voor het gebruik.
Er zijn meerdere verklaringen mogelijk voor de afwijking tussen gebruik en indicatie.
In sommige gevallen kan het CIZ bewust een ruime indicatie afgeven, bijvoorbeeld wanneer een cliënt een wisselende zorgbehoefte heeft, of wanneer het onpraktisch is om de indicatie regelmatig aan te moeten passen aan een toenemende zorgbehoefte. Andere mogelijke verklaringen zijn een beperkte zorgvraag van de cliënt (eigen bijdragen kunnen daarbij een rol spelen), beperkte budgetten voor de zorgkantoren of aanbod van (kwalitatief goede) zorg door zorgaanbieders dat achterblijft bij de vraag. Daarnaast kunnen incidentele factoren een rol spelen, zoals vakantie of een ziekenhuisopname. Tot slot is

mogelijk dat het CIZ de indicatie achteraf gezien onbedoeld te ruim heeft gesteld, bijvoorbeeld doordat zorgaanbieders zelf de indicatie stelden (en het CIZ deze niet altijd controleerde).
Gezien de afwijking tussen indicatie en gebruik zijn het vooral het zorgkantoor, de aanbieder en de geïndiceerde die in de praktijk bepalen hoeveel (en in sommige gevallen welk type) zorg gebruikt wordt. Een van de gevolgen is dat het zorggebruik naar verwachting niet altijd evenredig zal afnemen wanneer gemeenten en wijkverpleegkundigen strenger gaan indiceren. Strenger indiceren kan wel de doelmatigheid verhogen in gevallen waar het CIZ een ruime indicatie heeft afgegeven en een cliënt meer zorg ontvangt dan noodzakelijk is.

Effecten van hervormingen kunnen groot zijn

De kwantitatieve analyses laat zien dat er voor de hervormingen in 2015 lokale en regionale verschillen waren in indicatie en gebruik van zorg, ook na correctie voor zoveel mogelijk achtergrondkenmerken van de bevolking. Daarnaast vinden we verschillen tussen de indicatiestelling en het zorggebruik per cliënt. Hoewel niet helemaal duidelijk is wat deze verschillen veroorzaakt, kunnen deze erop duiden dat er mogelijkheden zijn voor verschillende partijen om de zorg anders en beter te organiseren. De recent ingezette hervormingen kunnen dus in potentie grote effecten hebben en resulteren in meer doelmatige of juist ondoelmatige zorg.

Aandachtspunten voor beleid

De recente hervormingen in de langdurige zorg hebben geleid tot veel veranderingen bij de meeste partijen in de zorg waarbij cliënten, gemeenten, zorgaanbieders, verzekeraars en de rijksoverheid nieuwe rollen en verantwoordelijkheden hebben gekregen. Op korte termijn gaan dergelijke veranderingen van nature gepaard met allerlei tijdelijke fricties en problemen, omdat spelers hun plek in het nieuwe stelsel nog moeten zien te vinden. Daarnaast zal het ook nog een tijd duren voordat het stelsel volledig operationeel is. Zo valt een deel van de cliënten nog onder het overgangsrecht, zal de overheid de regels nog verder invullen (bv. voor de bekostiging in de wijkverpleging) en zullen verzekeraars op termijn zorg moeten gaan inkopen voor hun eigen verzekerden in plaats van dit over te laten aan één verzekeraar die hen representeert. Onze analyse in dit rapport is daarom een momentopname. De vele veranderingen in de langdurige zorg pleiten voor een goede monitoring, niet zo zeer om de tijdelijke, als wel vooral om de structurele problemen die kunnen optreden tijdig aan te pakken, zoals een verschraling van de zorg of verdringing van andere gemeentelijke voorzieningen. Om de geplande evaluatie van de hervorming van de langdurige zorg te laten slagen, is het wenselijk dat er specifieke aandacht wordt geschonken aan de in dit rapport genoemde mogelijke knelpunten en de benodigde informatie voor de analyse daarvan. Door de ontwikkelingen in de langdurige zorg regelmatig te monitoren is het mogelijk knelpunten tijdig in beeld te brengen voor een eventuele beleidsaanpassing.

De informatie die beschikbaar komt bij het monitoren kan nuttige input vormen voor de evaluatie.

Afwenteling van de Wmo of Zvw naar de Wlz

Zowel gemeenten als zorgverzekeraars (op termijn) hebben een financieel belang bij lagere zorguitgaven en dus prikkels om zorg af te wentelen op de Wlz. Bij cliënten met een zorgzwaarte op het grensgebied van zorg uit de Wmo/Zvw en uit de Wlz kan dit leiden tot een Wlz-indicatie in gevallen waarin zorg uit de Wmo en de Zvw doelmatiger zou zijn. Afwenteling kan ook optreden door toedoen van zorgaanbieders. Bijvoorbeeld: wanneer de verstrekking van extramurale zorg bij de zorgaanbieder is gebudgetteerd en deze weinig of geen budget meer over heeft, kan de aanbieder trachten te besparen door cliënten voor te stellen een Wlz-indicatie aan te vragen. Wanneer zorgaanbieders naast extramurale zorg ook zelf de intramurale zorg verstrekken, kan dat laatste financieel extra aantrekkelijk zijn. Andersom kan het ook voorkomen dat cliënten in de Wlz thuishoren maar daar niet terechtkomen, bijvoorbeeld omdat wijkverpleging voor hen financieel aantrekkelijker is dan zorg uit de Wlz.

Afwenteling tussen de Wmo en de Zvw

Een duidelijke afbakening van welke zorg in de Wmo en welke in de Zvw wordt verleend is belangrijk voor alle partijen (inclusief de cliënten). Onduidelijkheid kan vooral voorkomen bij persoonlijke verzorging, omdat deze grotendeels onder de Zvw valt maar voor een deel ook onder de Wmo. De gelegenheid tot afwenteling wordt groter naarmate het onduidelijker is of de zorg thuishoort in de Wmo of Zvw. Immers: voor zowel gemeenten als zorgverzekeraars, wanneer ze risicodragend worden, is het dan financieel aantrekkelij ker om de zorg af te wentelen op de andere partij. Er zit ook een potentieel probleem in afstemming en overlap als de cliënt zorg uit zowel de Wmo als de Zvw krijgt. Bijvoorbeeld: mag een zorgverlener die bij de cliënt is ook een klusje doen dat buiten haar/zijn taakomschrijving ligt?

Afwentelgedrag binnen een domein

Binnen een domein kan er ook afwenteling optreden. Wanneer aanbieders een te laag bedrag ontvangen voor te leveren zorg bestaat het risico dat ze dure cliënten te weinig zorg leveren of de zorg gaan afwentelen op andere aanbieders. In de Zvw kunnen verzekeraars overgaan tot risicoselectie wanneer de risicoverevening die de lasten eerlijk over de verzekeraars moet verdelen, onvoldoende is. Zij kunnen bijvoorbeeld proberen de verzekering onaantrekkelijk te maken voor verzekerden die naar verwachting veel gebruik maken van langdurige zorg.

Op dit moment is het moeilijk te beoordelen in hoeverre deze vormen van afwenteling een belangrijke rol spelen of gaan spelen. Er zijn financiële prikkels die in de richting van afwenteling wijzen. In het voorgaande hebben we vooral deze prikkels besproken. Daarnaast zijn er andere prikkels, die te maken hebben met politieke en sociale overwegingen en met beroepsethiek, die daar mogelijk een tegenwicht aan kunnen bieden. Toezicht houden op

de verschillende markten is van belang om eventuele structurele problemen tijdig op te sporen. Monitoren kan daarbij behulpzaam zijn. Een noodzakelijke voorwaarde om kansen op afwentelgedrag te verminderen is een goede samenwerking tussen gemeenten, zorgaanbieders en verzekeraars.

Verschillen in regelingen voor eigen betalingen

De verschillende regelingen voor eigen betalingen lijken niet op elkaar te zijn afgestemd. Zo zijn er bij de wijkverpleging in de Zvw geen eigen betalingen meer voor persoonlijke verzorging en verpleging. Maar wanneer dezelfde zorg onderdeel is van de Wlz of de Wmo bestaan er weer wel eigen betalingen. Dit verschil, waar geen inhoudelijke reden voor is, kan de afweging van zorgvragers tussen verschillende zorgvormen vertekenen. Iets soortgelijks geldt voor eigen betalingen voor hulpmiddelen. Hulpmiddelen kunnen bijdragen aan de zelfredzaamheid van cliënten, waardoor ze een geringer beroep doen op wijkverpleging. Wanneer de cliënt echter een keuze moet maken, zal deze mogelijk sneller kiezen voor de wijkverpleging omdat hier eigen betalingen geen rol spelen; aan de andere kant kan de wens om niet afhankelijk te worden de cliënt toch doen kiezen voor hulpmiddelen. Het is daarom nuttig om te onderzoeken hoe de eigen betalingen onder verschillende regelingen beter op elkaar kunnen worden afgestemd. Het is bij dit onderzoek belangrijk om rekening te houden met gedragseffecten van cliënten, want lagere eigen betalingen in de Zvw en Wmo dan in de Wlz kunnen afwentelgedrag naar de (dure) Wlz helpen voorkomen. Uiteraard hebben veranderingen in eigen betalingen koopkrachteffecten voor de betreffende cliënten.

Problemen met investeringen die door schotten elders renderen

Door de vele regelingen en schotten bestaat de kans dat er minder geïnvesteerd wordt in een doelmatige zorg. Investeren in preventie wordt bijvoorbeeld minder rendabel wanneer de opbrengsten neerslaan bij andere partijen. Zo kan het inzetten van huishoudelijke hulp of wijkverpleging uitstroom naar de Wlz wellicht voorkomen of uitstellen. Dit geldt ook voor investeringen in technische hulpmiddelen (domotica). Deze investeringen komen echter ten laste van de Wmo of Zvw, terwijl de baten neerslaan bij de Wlz (lagere instroom). Nader onderzoek is nodig om vast te stellen in hoeverre deze problemen in de praktijk een belangrijke rol spelen.

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

Per 1 januari 2015 is de langdurige zorg in Nederland ingrijpend hervormd. De verantwoordelijkheid voor veel vormen van zorg die vóór 2015 onder de landelijke Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) vielen, is overgegaan naar gemeenten en zorgverzekeraars. De gemeenten voeren hun taken uit volgens de regels van de vernieuwde Wet maatschappelijke ondersteuning (de Wmo 2015) en de zorgverzekeraars volgens de regels van de Zorgverzekeringswet (Zvw). De AWBZ bestaat niet meer en de opvolger daarvan, de Wet langdurige zorg (Wlz), is bedoeld voor een veel kleinere groep mensen met een zware zorgbehoefte, die vaak intramurale zorg krijgen.
In het nieuwe stelsel van langdurige zorg is het gedrag van gemeenten en zorgverzekeraars een belangrijke factor, omdat zij verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van respectievelijk de Wmo 2015 en de Zvw. Gemeenten en verzekeraars hebben andere prikkels[1] dan de instanties die de AWBZ uitvoerden en leggen op een andere wijze verantwoording af over de uitvoering van hun taken in de langdurige zorg. Bovendien zijn er tegelijk met de hervorming ombuigingen in de langdurige zorg geweest, waardoor de uitvoerende partijen met minder geld moeten uitkomen. Ook kunnen gemeenten en verzekeraars onder de nieuwe regels cliënten in de Wmo en de Zvw meer aanspreken op hun eigen verantwoordelijkheid en op de mogelijkheden van een beroep op hun sociale netwerk.
Omdat er nu meer partijen betrokken zijn bij de langdurige zorg, is ook de samenwerking tussen gemeenten, verzekeraars en uitvoerders van de Wlz belangrijker geworden.
Zo komt het regelmatig voor dat thuiswonende cliënten zowel ondersteuning gebruiken uit de Wmo 2015 (bv. huishoudelijke hulp of begeleiding) als langdurige zorg uit de Zvw (verzorging of verpleging). In deze gevallen dienen gemeenten en zorgverzekeraars de zorg uit de Wmo en de Zvw-zorg op elkaar af te stemmen.
Door de hervorming is een nieuwe situatie ontstaan met andere regels en andere prikkels voor de uitvoerders van de langdurige zorg; dit kan bedoelde en onbedoelde effecten hebben. Dit rapport bestudeert de nieuwe keuzes die gemeenten en zorgverzekeraars mogelijk gaan maken. Het onderzoek is door het Centraal Planbureau (CPB) en het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) samen uitgevoerd op verzoek van het ministerie van Volkshuisvesting, Welzijn en Sport (VWS). Het beperkt zich tot langdurige zorg voor volwassenen; jeugdzorg wordt niet geanalyseerd. In dit onderzoek bestuderen we gevolgen die de hervormingen van de langdurige zorg mogelijk hebben voor het gedrag van de gemeenten en de zorgverzekeraars, die verantwoordelijk zijn geworden voor delen van de langdurige

1 Met prikkels wordt de motivatie bedoeld die partijen hebben. Een voorbeeld is een financiële prikkel: als een gemeente meer geld uitgeeft aan de Wmo dan het budget dat ze van het rijk heeft gekregen, moet ze het verschil zelf bijleggen. Dit stimuleert ('prikkelt') de gemeente om binnen het budget te blijven. Daarnaast spelen andere prikkels zoals de intrinsieke motivatie om goede zorg te leveren.

zorg: hoeveel ruimte hebben zij binnen de wettelijke regels om eigen keuzes te maken, welke prikkels beïnvloeden hun keuzes binnen die ruimte, wat voor keuzes maken zij naar verwachting en doen zich problemen voor in de afstemming tussen de partijen en zorgvormen? Als dit laatste het geval is, zijn er dan aanknopingspunten voor beleid om maatschappelijk optimale keuzes te stimuleren?

1.2 Aanpak en onderzoeksvragen

Het onderzoek bestaat uit twee delen. In het eerste deel (over de hervorming) worden de wettelijke ruimte en de prikkels voor elk van de partijen in kaart gebracht. Vervolgens kijken we welke keuzes op grond van de prikkels te verwachten zijn in het nieuwe stelsel van langdurige zorg (hoofdstuk 2 t/m 4). In het tweede deel wordt met behulp van econometrische analyses het recente verleden geanalyseerd om te zien hoeveel ruimte er toen voor de betrokkenen was om keuzes te maken (hoofdstuk 5 en 6). Als er weinig ruimte voor keuzes is, omdat de indicatie en het gebruik van zorg in hoge mate door de zorgbehoefte worden bepaald, zullen de veranderingen in prikkels een kleiner effect hebben. Op grond van de analyse van de hervorming en het recente verleden worden enkele problematische aspecten van de nieuwe situatie geschetst. Het rijk kan die aspecten als aanknopingspunten benutten om aanvullend beleid te formuleren dat kan leiden tot meer doelmatige keuzes in de zorg.
Het eerste deel van het onderzoek betreft de hervorming in de langdurige zorg. Deze hervorming wordt geanalyseerd door de nieuwe regels te bestuderen, prikkels te analyseren en interviews af te nemen. De nieuwe regels rond de langdurige zorg uit de Wmo 2015, de Zvw en de Wlz worden geanalyseerd om na te gaan wat er precies is veranderd; ook willen we met deze analyse in kaart brengen in hoeverre partijen die de langdurige zorg uitvoeren zich aan wettelijke voorschriften moeten houden en in hoeverre de wet- en regelgeving ze ruimte geeft om zelf keuzes te maken. Vooral de uitvoerders komen daarbij aan de orde, maar ook de keuzevrijheid voor de cliënten komt aan bod. Vervolgens worden de prikkels voor de uitvoerende partijen bekeken en wordt onderzocht hoe die prikkels de keuzes van de uitvoerende partijen kunnen beïnvloeden. Veelal, maar niet altijd, hebben we het in dit rapport over financiële prikkels. Deze theoretische noties worden afgezet tegen daadwerkelijke keuzes die de uitvoerders in de eerste maanden na de hervorming hebben gemaakt. Tien interviews met gemeenten, verzekeraars en zorgaanbieders geven een eerste inzicht in de invulling die zij aan de regelingen geven. De interviews bieden een momentopname, want de hervormingen zijn nog niet overal volledig doorgevoerd. Zo geldt voor veel cliënten die al zorg ontvingen nog een overgangsrecht en zijn veel gemeenten en zorgverzekeraars nog druk bezig met het uitwerken van hun strategie. Ook zal de regelgeving nog verder worden aangepast.[2]

2 De staatssecretaris heeft bijvoorbeeld plannen om de zorgverzekeraars meer keuzevrijheid te geven bij het maken van afspraken met aanbieders van wijkverpleging.

In het eerste deel (over de hervorming) worden de volgende onderzoeksvragen behandeld:

1. In welke mate kunnen partijen binnen het nieuwe stelsel van langdurige zorg (gemeenten, verzekeraars en uitvoerders van de Wlz) eigen keuzes maken?
2. Welke prikkels hebben de partijen en tot welke keuzes leidt dit naar verwachting?
3. Welke keuzes van partijen zijn in de eerste maanden na de hervorming te observeren?
4. Op welke wijze kunnen keuzes die gemeenten, zorgverzekeraars, uitvoerders van de Wlz en cliënten maken, de samenhang en afstemming tussen regelingen en zorgtypen in theorie beïnvloeden?[3]

In het eerste kwantitatieve hoofdstuk (hoofdstuk 5) onderzoeken we of er vóór 2015 regionale verschillen waren in de indicatiestelling (AWBZ) en in het gebruik (Wmo) van langdurige zorg. Tot 2015 indiceerde het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) op basis van uniforme regels de via de AWBZ gefinancierde langdurige zorg. De indicatiestelling door het CIZ moest daarmee integraal, onafhankelijk en objectief zijn. Bij het bepalen van de zorgbehoefte van cliënten (bv. aan de hand van hun beperkingen en woonomgeving) werden de indicatiestellers verondersteld objectieve normen te hanteren. Wanneer de indicaties van zorg met precisie kunnen worden vastgesteld doordat de behoeften duidelijk zijn, is er minder ruimte voor nieuwe keuzes en zullen bedoelde en onbedoelde prikkels een minder belangrijke rol spelen. Regionale verschillen in de indicatiestelling die niet met de zorgbehoefte te maken hebben, kunnen een aanwijzing zijn dat de zorgbehoefte moeilijk objectief is vast te stellen, en dat er ruimte is voor nieuw of ander keuzegedrag in het nieuwe zorgstelsel. Om de regionale verschillen te bepalen analyseren we data op gemeenteniveau voor verschillende zorgvormen die voor 2015 onder de Wmo en de AWBZ vielen. We corrigeren de data eerst voor objectieve kenmerken van inwoners, zoals beperkingen, leeftijd en inkomen, en van gemeenten, zoals stedelijkheid. Daarna brengen we de overblijvende regionale verschillen in indicaties en gebruik in kaart, en geven daarmee een indicatie hoeveel speelruimte de verschillende partijen hebben om hun eigen invulling aan de wettelijke regelingen te geven.

Het tweede kwantitatieve hoofdstuk (hoofdstuk 6) gaat over verschillen tussen indicaties voor AWBZ-gefinancierde zorg en het gebruik ervan. We richten ons bij de analyse van deze verschillen op verschillen tussen typen zorg en verschillen tussen regio's. Verschillen tussen de geïndiceerde en de gebruikte hoeveelheid zorg duiden er mogelijk op dat de cliënt, de aanbieder en het zorgkantoor ruimte hebben om invloed uit te oefenen op de hoeveelheid (en in sommige gevallen het type) zorg – en dat de prikkels die zij krijgen dus mogelijk gevolgen hebben voor het zorggebruik van personen met een AWBZ-indicatie.

Voor het onderzoek naar het verschil tussen indicaties en gebruik maken we gebruik van gegevens op persoonsniveau. Net als in het onderzoek naar regionale verschillen in de

3 Bij regelingen en zorgtypen valt bijvoorbeeld te denken aan Wmo-zorg in natura, persoonsgebonden budget (pgb) onder de Wmo, verpleging en verzorging (pgb en in natura), Wlz-zorg, preventie, mantelzorg en privaat gefinancierde zorg.

indicatiestelling corrigeren we voor achtergrondkenmerken van inwoners die mogelijk het verschil tussen indicatie en gebruik beïnvloeden.
De volgende twee onderzoeksvragen komen in het kwantitatieve deel aan bod:

1 Hoe groot waren voor de invoering van de Wlz de regionale verschillen in indicaties en in gebruik van zorg in gemeenten na correctie voor kenmerken van de inwoners van die gemeenten en hoe verschilden die per zorgtype?
2 In hoeverre weken indicatie en gebruik van zorg van personen van elkaar af vóór invoering van de Wlz en wat waren hierin de regionale verschillen na correctie voor achtergrondkenmerken van die personen?

De analyses uit de hiervoor beschreven twee delen van het onderzoek (de analyse van de hervormingen en van het recente verleden) zijn de basis om de volgende onderzoeksvraag te beantwoorden:
Wat zijn aanknopingspunten voor het rijk om beleid te formuleren dat de gemeenten, de zorgverzekeraars en de uitvoerders van de Wlz kan stimuleren om doelmatige keuzes te maken?

1.3 Indeling van het rapport

In hoofdstuk 2 wordt op hoofdlijnen beschreven hoe de langdurige zorg in Nederland is veranderd in 2015 en hoeveel cliënten gebruikmaakten van de verschillende zorgvormen in 2014. Hoofdstuk 3 gaat dieper in op het nieuwe systeem van langdurige zorg en vergelijkt op systematische wijze de kenmerken van de Wmo 2015, de Zvw en de Wlz. Per regeling komen aan de orde: de bekostiging en de financiële risico's, de indicatiestelling, de eigen bijdragen, de inkoop van zorg en het gebruik van persoonsgebonden budgetten (pgb's). Tot slot wordt het verband tussen de regelingen besproken. In hoofdstuk 4 gaan we in op keuzes van de partijen die de langdurige zorg uitvoeren. Eerst wordt op grond van een analytisch kader beredeneerd welke keuzes te verwachten zijn op basis van de prikkels die de uitvoerende partijen krijgen. Vervolgens worden deze verwachtingen vergeleken met de resultaten van de interviews met de betrokken partijen over de keuzes die zij tot nu toe hebben gemaakt. Hoofdstuk 5 geeft de resultaten van de empirische analyse van indicatie en gebruik van zorg. In hoofdstuk 6 komt het verschil tussen indicatie en gebruik aan de orde. Hoofdstuk 7 bevat aanknopingspunten voor beleid, die zijn gebaseerd op de analyses in de voorgaande hoofdstukken.

2 Veranderingen in de langdurige zorg

Met ingang van 1 januari 2015 is het stelsel van langdurige zorg ingrijpend veranderd. De verantwoordelijkheid voor veel vormen van zorg die voor 2015 onder de landelijke Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) vielen, is overgegaan naar gemeenten en zorgverzekeraars. Dit hoofdstuk geeft een overzicht van de veranderingen op hoofdlijnen[4] en geeft voor een aantal zorgvormen aan wat de cliënt hiervan merkt. In hoofdstuk 3 worden enkele kenmerken van het nieuwe systeem van langdurige zorg meer in detail beschreven. Verdere details op het gebied van wetgeving, inclusief bronnen, zijn te vinden in bijlage A.
De veranderingen in de verantwoordelijkheid voor de zorg staan weergegeven in tabel 2.1. Deze tabel geeft waar mogelijk ook aan hoeveel cliënten in 2014 geïndiceerd waren voor een bepaalde vorm van zorg. Door de veranderingen in de langdurige zorg zullen sommige cliënten vanaf 2015 gebruik gaan maken van andere zorgvormen.
In het hiernavolgende kader hebben we een aantal termen uit de langdurige zorg toegelicht.

Grondslag: de reden waarom iemand zorg krijgt. Er zijn zes grondslagen: somatisch, psychogeriatrisch, lichamelijke handicap, verstandelijke handicap, zintuiglijke handicap en psychiatrische aandoening. In de AWBZ werden bij elke indicatie één of twee grondslagen aangegeven. In het nieuwe stelsel geven gemeenten en verzekeraars geen grondslag meer aan.
Functies en klassen: onder de AWBZ werd met 'functie' de zorgvorm bedoeld (bijvoorbeeld persoonlijke verzorging) en met 'klasse' de hoeveelheid zorg waarop iemand recht heeft (bijvoorbeeld 2 tot 4 uur per week). Een cliënt kon geïndiceerd zijn voor meerdere functies.
Zorgzwaartepakket: wanneer een cliënt onder de AWBZ recht had op intramurale zorg, werd niet meer gesproken van functies en klassen, maar van een zorgzwaartepakket (ZZP). In de Wet langdurige zorg (Wlz) is deze terminologie onveranderd gebleven. Het ZZP geeft aan op welk pakket aan zorg de cliënt recht heeft; dit pakket is een combinatie van zorgvormen en aantallen uren. Daarnaast geeft het ZZP aan om welk type zorg het gaat, bijvoorbeeld Verpleging en Verzorging (V&V) of Verstandelijk Gehandicaptenzorg (VG). De ZZP's hebben daarnaast een nummer, zoals 'ZZP V&V 5'. Een hoger nummer betekent een pakket met meer uren zorg.

2.1 De langdurige zorg in 2014

Vóór de hervormingen in 2015 speelde de landelijke AWBZ een centrale rol in het stelsel van de langdurige zorg. De AWBZ viel onder de verantwoordelijkheid van de rijksoverheid, en werd uitgevoerd door het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) en de zorgkantoren. Vrijwel

4 Het overzicht is beperkt tot de zorgvormen die in dit document geanalyseerd worden. Onder andere jeugdzorg en de vrouwenopvang blijven buiten beschouwing. Beschermd wonen valt in het overzicht onder zorg met verblijf, maar wordt in het rapport niet nader geanalyseerd.

alle vormen van langdurige zorg vielen onder deze wet, zowel lichtere zorg die aan huis wordt geleverd (extramuraal) als zwaardere zorg in een instelling (intramuraal). Onder de extramurale AWBZ-zorg vielen begeleiding (individueel of in een groep), persoonlijke verzorging, verpleging, tijdelijk verblijf (logeeropvang als onderdeel van respijtzorg) en behandeling (individueel of in een groep). Intramurale AWBZ-zorg omvatte verblijf in een instelling, maar het was ook mogelijk om intramuraal geïndiceerde zorg aan huis te ontvangen door het ZZP om te zetten in functies en klassen. Daarnaast kon onder de AWBZ ook palliatief terminale zorg worden geleverd, zowel in de thuissituatie als in een hospice of instelling.
Het CIZ fungeerde als toegangspoort tot de AWBZ. Iemand die zorg nodig dacht te hebben, diende een aanvraag in bij het CIZ. Het CIZ bepaalde vervolgens op welke zorg en op hoeveel uren van deze zorg de persoon recht had. Met dit indicatiebesluit kon de cliënt vervolgens zorg in natura afnemen of een persoonsgebonden budget (pgb) krijgen waarmee hij of zij de zorg zelf kon regelen. De indicaties waren deels gemandateerd aan zorgaanbieders. Voor cliënten van 80 jaar of ouder die intramurale zorg nodig hadden was een melding door de zorgaanbieder bij het CIZ voldoende. Zorgaanbieders konden ook zelf herindicaties stellen bij cliënten die al (extramurale) zorg gebruikten. Het CIZ controleerde de herindicaties steekproefsgewijs.
De AWBZ-zorg die in natura werd geleverd, werd ingekocht door een regionaal zorgkantoor. Dit houdt in dat het zorgkantoor jaarlijks afspraken maakte met zorgaanbieders om in het betreffende jaar bepaalde hoeveelheden zorg te leveren tegen een bepaalde prijs.
Het zorgkantoor kon de cliënt ook helpen om een geschikte zorgaanbieder te vinden.

De gemeenten waren van 2007 tot 2015 onder de toenmalige Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) verantwoordelijk voor het bevorderen van de zelfredzaamheid en participatie van burgers met een beperking. Deze verplichting voor gemeenten stond bekend als het ‘compensatiebeginsel’. Gemeenten dienden voor mensen met een beperking, een chronisch psychisch probleem of een psychosociaal probleem, die daardoor belemmeringen ondervinden in hun zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie, voorzieningen te treffen die hen in staat stellen om een huishouden te voeren, zich te verplaatsen in en om de woning, zich lokaal te verplaatsen per vervoermiddel en medemensen te ontmoeten en op basis daarvan sociale verbanden aan te gaan (Van Houten et al. 2008). In de praktijk viel hieronder bijvoorbeeld huishoudelijke hulp voor mensen die zelf niet in staat zijn hun huis schoon te maken, woningaanpassingen zoals een traplift of verhoogd toilet, vervoersvoorzieningen (zoals regiotaxi), een scootmobiel en maaltijdvoorzieningen.
Ook de ondersteuning van mantelzorgers en vrijwilligers zelf viel onder de Wmo. Daarnaast was er tot 2015 een landelijk mantelzorgcompliment, waarmee mensen via de Sociale Verzekeringsbank hun mantelzorger een vergoeding van maximaal 200 euro[5] konden geven als blijk van waardering.

5 Bedrag in 2012, 2013 en 2014. Vóór 2012 golden andere bedragen.

Tabel 2.1

Veranderingen in langdurige zorg en geïndiceerde cliënten (in standcijfers per 14-11-2014 en in aantallen)

	voor 2015 verantwoordelijk	vanaf 2015 verantwoordelijk	aantal geïndiceerde cliënten
woningaanpassingen, vervoersvoorzieningen, enz.	gemeente (Wmo)	gemeente (Wmo 2015)	.
huishoudelijke hulp	gemeente (Wmo)	gemeente (Wmo 2015)	326.695[a]
mantelzorgondersteuning	gemeente (Wmo) en rijksoverheid (landelijk mantelzorgcompliment)	gemeente (Wmo 2015)	12,1% van de volwassen bevolking[b]
tijdelijk verblijf (respijtzorg) voor niet-Wlz-geïndiceerden	rijksoverheid (AWBZ)	gemeente (Wmo 2015)	9.430[c]
tijdelijk verblijf (respijtzorg) voor Wlz-geïndiceerden die thuis wonen	rijksoverheid (AWBZ)	rijksoverheid (Wlz)	.
individuele begeleiding	rijksoverheid (AWBZ)	gemeente (Wmo 2015)	163.475
groepsbegeleiding	rijksoverheid (AWBZ)	gemeente (Wmo 2015)	101.740
individuele behandeling	rijksoverheid (AWBZ)	rijksoverheid (Wlz)	9.595
groepsbehandeling	rijksoverheid (AWBZ)	rijksoverheid (Wlz)	10.870
persoonlijke verzorging samenhangend met begeleiding	rijksoverheid (AWBZ)	gemeente (Wmo 2015)	26.370[d]
persoonlijke verzorging (behoefte aan geneeskundige zorg)	rijksoverheid (AWBZ)	verzekeraars (Zvw)	258.495
verpleging	rijksoverheid (AWBZ)	verzekeraars (Zvw)	100.500
palliatief terminale zorg voor niet-Wlz-geïndiceerden	rijksoverheid (AWBZ)	verzekeraars (Zvw)	890[e]
palliatief terminale zorg voor Wlz-geïndiceerden	rijksoverheid (AWBZ)	rijksoverheid (Wlz)	
zorg met verblijf	rijksoverheid (AWBZ)	rijksoverheid (Wlz)	326.030[f]

Tabel 2.1
Vervolg

a Aantal gebruikers van huishoudelijke hulp op peildatum 8 november 2013. Voorlopige cijfers uit de Monitor Langdurige Zorg van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS).
b Schatting gebaseerd op de Gezondheidsmonitor 2012 van het CBS, het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en de gezamenlijke GGD'en. 12,1% van de respondenten (19 jaar of ouder) gaf aan al minimaal drie maanden of minstens acht uur per week mantelzorg te verlenen.
c Cliënten die onder de AWBZ geen recht hadden op permanente zorg met verblijf, maar wel geïndiceerd waren voor tijdelijk verblijf (als onderdeel van respijtzorg). Onder de Wlz komen minder mensen in aanmerking voor zorg met verblijf, waardoor de groep die aanspraak maakt op tijdelijk verblijf vanuit de Wmo 2015 waarschijnlijk zal groeien.
d Cliënten met grondslag verstandelijke handicap, zintuiglijke handicap of psychiatrische aandoening.
e Cliënten die onder de AWBZ geïndiceerd zijn voor palliatieve zorg met verblijf. Een onbekend aantal cliënten heeft palliatieve zorg in de thuissituatie. Palliatieve zorg met verblijf betekent niet noodzakelijk dat de cliënt al opgenomen is in een instelling voordat de indicatie palliatieve zorg is gesteld.
f Inclusief cliënten die onder de Wlz niet meer in aanmerking komen voor zorg met verblijf. Circa 25% van de cliënten met AWBZ-zorg met verblijf vallen in het nieuwe systeem niet meer onder de Wlz. Dit percentage is inclusief cliënten die begeleid wonen en overgaan naar de Wmo, maar waarschijnlijk intramuraal blijven wonen. Wanneer deze cliënten niet worden meegeteld, heeft circa 14% van de cliënten niet langer recht op zorg met verblijf. Voor bestaande cliënten geldt een overgangsrecht, waardoor het aantal cliënten geleidelijk zal afnemen.

AWBZ = Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, Wmo = Wet maatschappelijke ondersteuning, Zvw = Zorgverzekeringswet, Wlz = Wet langdurige zorg.

Bron: voorlopige cijfers uit CBS (2015d)

2.2 De langdurige zorg vanaf 2015

Per 1 januari 2015 is het extramurale deel van de AWBZ opgesplitst en overgegaan naar gemeenten (Wmo 2015) en zorgverzekeraars (Zorgverzekeringswet ofwel Zvw). Het intramurale deel van de AWBZ (inclusief cliënten die met een intramurale indicatie nog thuis wonen) is vervangen door de nieuwe Wet langdurige zorg (Wlz). De Wlz is alleen bedoeld voor mensen die blijvend behoefte hebben aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Zij hebben een zware zorgvraag, met een hoog ZZP. Cliënten die onder de AWBZ een indicatie voor relatief lichte intramurale zorg zouden krijgen (onder andere de ZZP's V&V 1 t/m 3), hebben onder de Wlz geen recht meer op intramurale zorg. Voor de cliënten met een bestaande lichte intramurale indicatie is er een overgangsregeling, zodat cliënten die al zijn opgenomen in een tehuis kunnen blijven.
De bestaande Wmo (uit 2007) is opgevolgd door de Wmo 2015. Gemeentelijke taken die eerder onder de Wmo vielen, vallen nu onder de Wmo 2015, samen met een aantal taken die nieuw zijn voor gemeenten. De wettelijke inkadering van de bestaande taken is wel veranderd. In de oude Wmo stond het compensatiebeginsel centraal. Het uitgangspunt van de Wmo 2015 is zelfredzaamheid en 'eigen kracht'. De gemeente ondersteunt cliënten

hierbij, waar nodig en waar mantelzorg niet beschikbaar is met een maatwerkvoorziening. Dit is een voorziening afgestemd op de individuele behoefte van een persoon. Dit kunnen bepaalde diensten of hulpmiddelen zijn, maar ook woningaanpassingen. De maatwerkvoorziening is bedoeld voor mensen die op eigen kracht, met mantelzorg of met hulp van andere mensen uit hun netwerk of met een algemene voorziening[6] zoals een maaltijdservice zich niet voldoende kunnen redden, of onvoldoende kunnen meedoen. Gemeenten hebben bij de invulling van de Wmo 2015 te maken gekregen met andere beleidsregels dan voorheen, en zijn verplicht een onderzoek te doen naar de individuele omstandigheden van de cliënt die om ondersteuning vraagt (zie ook Verschelling 2015).

Vanuit de AWBZ zijn de individuele begeleiding en groepsbegeleiding overgegaan naar de Wmo 2015 en dus van het rijk naar gemeenten. Ook zijn gemeenten verantwoordelijk geworden voor de persoonlijke verzorging die in het verlengde ligt van begeleiding. Cliënten met een bestaande AWBZ-indicatie met als grondslag een verstandelijke of zintuiglijke beperking of psychiatrische aandoening vallen onder het overgangsrecht in deze groep die zorg vanuit de Wmo 2015 krijgt. Bij nieuwe cliënten wordt geen grondslag meer vastgesteld, maar wordt bepaald of de persoonlijke verzorging in het verlengde ligt van begeleiding (Wmo 2015) of dat de verzorging verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico hierop (Zvw). Op basis van de grondslagen in 2014 betreft het Wmo deel van persoonlijke verzorging in clientaantallen ongeveer 10% van het totaal, in geïndiceerde uren gaat het om circa 5% van het totaal. Ook tijdelijk verblijf als onderdeel van respijtzorg is overgegaan naar de Wmo 2015, behalve voor cliënten met een indicatie voor zorg met verblijf via de Wlz. Als deze mensen met een Wlz-indicatie nog thuis wonen met een volledig of modulair pakket thuis (vpt of mpt), dan valt een eventueel tijdelijk verblijf in een (logeer)instelling onder de Wlz.

Verpleging en persoonlijke verzorging die samenhangt met (een hoog risico op) behoefte aan geneeskundige zorg zijn samen onder de noemer wijkverpleging overgebracht van de AWBZ naar de Zvw. Onder het overgangsrecht valt de persoonlijke verzorging van cliënten met een somatische of psychogeriatrische aandoening[7] of een lichamelijke handicap onder de Zvw. Ook palliatief terminale zorg voor mensen zonder Wlz-indicatie is ondergebracht in de Zorgverzekeringswet. Voor cliënten die wel een Wlz-indicatie hebben, wordt palliatief terminale zorg geregeld via de Wlz.

Intramurale zorg is vanaf 2015 ondergebracht in de Wet langdurige zorg. Zoals gezegd vallen alleen de zwaardere vormen van instellingszorg onder deze wet. Mensen met een lichtere hulpbehoefte moeten na de hervormingen hulp krijgen vanuit de Wmo en de Zvw.

6 Een algemene voorziening is een voorziening die in beginsel door alle inwoners van de gemeente kan worden gebruikt. Wie tot de doelgroep behoort, wordt zonder uitgebreid onderzoek tot de voorziening toegelaten. Wel wordt eventueel een eigen bijdrage gevraagd. Bij een algemene voorziening valt bijvoorbeeld te denken aan een maaltijdvoorziening, regiotaxi of opvang voor dak- en thuislozen.

7 Een persoon met een somatische aandoening heeft lichamelijke problemen die nog kunnen verbeteren of verslechteren (in tegenstelling tot een somatische aandoening is een lichamelijke handicap definitief). Een psychogeriatrische aandoening is een geestelijke beperking die verband houdt met het ouderdomsproces. Meestal is dit een vorm van dementie.

Net als voorheen onder de AWBZ kan de zorg vanuit de Wlz in bepaalde gevallen aan huis worden geleverd in de vorm van een volledig of modulair pakket thuis. Voorwaarde hiervoor is dat de thuissituatie geschikt is en dat de kosten niet hoger liggen dan de kosten van opname in een instelling. De cliënt heeft ook de mogelijkheid om met een pgb zorg in te kopen die aan huis geleverd wordt. Net als de AWBZ valt de Wlz onder verantwoordelijkheid van de rijksoverheid. Het CIZ bepaalt of iemand toegang krijgt tot intramurale zorg onder de Wlz. De Wlz-zorg in natura wordt ingekocht door de regionale zorgkantoren. Naast intramurale zorg valt ook behandeling (individueel of in een groep) onder de Wlz. Wlz-behandeling omvat onder andere het leren omgaan met een beperking. Behandeling kan herstelgericht zijn, maar kan ook ingezet worden om te voorkomen dat de aandoening verergert.

2.3 Veranderingen voor de cliënt

De veranderingen per 2015 leiden ertoe dat de cliënt voor veel vormen van langdurige zorg een ander aanspreekpunt heeft gekregen dan voorheen. Ook de toewijzing van zorg is in sommige gevallen anders geworden. In deze paragraaf geven we ter illustratie aan wat er veranderd is voor drie fictieve cliënten.[8] De cliënten worden in drie kaders beschreven en zullen ook in hoofdstuk 4 een aantal malen worden gebruikt ter illustratie.
Voor alle drie de cliënten brengt het nieuwe stelsel veranderingen met zich mee. Het echtpaar Bos dient niet meer één aanvraag in bij het CIZ, maar twee aparte aanvragen: één bij de gemeente, één bij de wijkverpleegkundige. De gemeente kan het loket voor een Wmo-aanvraag recent hebben gewijzigd, bijvoorbeeld omdat er wijkteams zijn ingesteld die een eerste aanspreekpunt vormen. Bij de beoordeling van de aanvraag kijkt de gemeente integraal naar de situatie van het echtpaar. Zij beoordeelt de toestand van meneer Bos en informeert daarnaast onder andere naar een eventuele inzet van personen uit het netwerk van het echtpaar Bos en vrijwilligers. Het CIZ zou voorheen vooral kijken naar de lichamelijke en geestelijke toestand van meneer Bos. De aanvraag voor persoonlijke verzorging loopt nu direct via een aanbieder van wijkverpleging. In het verleden was eerst een indicatie van het CIZ nodig.
Ook Paul de Groot dient geen aanvraag meer in bij het CIZ. In plaats daarvan neemt Paul of iemand uit zijn omgeving contact op met de gemeente. In de casus is er sprake van een zus, maar ook bijvoorbeeld bezorgde buren zouden kunnen aankloppen bij de gemeente. Een verschil met vroeger is dat dit ook kan zonder toestemming van Paul. De gemeente kan dan een professional sturen die probeert om met hem in contact te komen.

8 De fictieve cliënten hebben problemen waarmee zij aanspraak kunnen maken op zorgtypen die relatief vaak voorkomen (begeleiding, wijkverpleging en intramurale zorg). Daarnaast zijn de illustraties zo gekozen dat Wmo, Zvw en Wlz alle drie aan bod komen.

Meneer en mevrouw Bos

Meneer en mevrouw Bos zijn beiden op leeftijd. Het geheugen van meneer Bos gaat al langer achteruit, en de laatste tijd gedraagt hij zich soms vreemd. Een specialist in het ziekenhuis heeft vastgesteld dat hij lijdt aan dementie. Mevrouw Bos helpt haar man 's ochtends met wassen en aankleden, en houdt hem overdag in de gaten. Maar lichamelijk kan ze de hulp 's ochtends niet meer zo goed aan, en ze zou ook graag een of twee keer per week een paar uur tijd voor zichzelf willen hebben.

In 2014 zou mevrouw Bos, eventueel met hulp van bijvoorbeeld kinderen of de huisarts, een aanvraag hebben ingediend bij het CIZ. Het CIZ beoordeelt de situatie en bepaalt of meneer Bos op basis van zijn beperkingen recht heeft op zorg, bijvoorbeeld persoonlijke verzorging en groepsbegeleiding, en zo ja, op hoeveel uren en/of dagdelen zorg. Met deze indicatie neemt mevrouw Bos contact op met het zorgkantoor, dat haar helpt bij het vinden van een geschikte zorgaanbieder.

In 2015 zal mevrouw Bos bij de gemeente melden dat ze behoefte heeft aan ondersteuning. Het verschilt per gemeente hoe mevrouw Bos dit kan doen. In sommige gemeenten is er bijvoorbeeld een centraal Wmo-loket in het gemeentehuis terwijl in andere gemeenten lokale wijkteams actief zijn waar een melding kan worden gedaan. Na de melding doet de gemeente via het zogeheten 'keukentafelgesprek' onderzoek naar de situatie van het echtpaar Bos en bepaalt aan de hand daarvan of meneer Bos ondersteuning krijgt, en zo ja, hoeveel en in welke vorm. De gemeente kan bij dit onderzoek ook kijken naar andere mogelijke oplossingen, zoals een vrijwilliger of familielid dat eens per week een ochtend op meneer Bos komt letten. Daarnaast kan de gemeente mantelzorgondersteuning aanbieden aan mevrouw Bos. De precieze invulling hiervan verschilt per gemeente.

Om persoonlijke verzorging voor haar man te krijgen moet mevrouw Bos een wijkverpleegkundige vragen de situatie van meneer Bos te beoordelen. Mevrouw Bos kan direct contact opnemen met een zorginstelling die wijkverpleegkundige zorg levert, maar ze kan ook bijvoorbeeld via haar huisarts of via de gemeente doorverwezen worden naar een wijkverpleegkundige. Als de wijkverpleegkundige vaststelt dat meneer Bos inderdaad persoonlijke verzorging nodig heeft, en dat deze verzorging samenhangt met (een hoog risico op) behoefte aan geneeskundige zorg, wordt deze betaald door zijn zorgverzekeraar. Mevrouw Bos hoeft hier geen aparte aanvraag voor te doen.

Omdat Paul zichzelf slecht verzorgt, en dit waarschijnlijk samenhangt met een behoefte aan begeleiding, kan de gemeente besluiten om hem persoonlijke verzorging als maatwerkvoorziening te bieden. Ook kan de gemeente (individuele) begeleiding inzetten om Paul onder andere te ondersteunen bij zijn administratie. Net als bij het echtpaar Bos betrekt de gemeente het sociale netwerk van Paul bij het onderzoek naar zijn ondersteuningsbehoefte.

Paul de Groot

Paul de Groot is een alleenstaande veertiger met psychiatrische problemen. Hij heeft hier al een tiental jaren last van. De laatste tijd verzorgt hij zichzelf slecht en ook de post wordt al weken niet meer geopend. Een zus van Paul gaat af en toe bij hem langs en maakt zich zorgen.
In 2014 zou Paul een aanvraag voor persoonlijke verzorging en begeleiding hebben ingediend bij het CIZ. Paul kan ook zijn zus machtigen om dit voor hem te doen. Het CIZ beoordeelt de situatie en bepaalt of, en zo ja hoeveel, zorg Paul nodig heeft. Na de indicatie helpt het zorgkantoor Paul om een geschikte aanbieder te vinden.
In 2015 neemt Paul zelf of zijn zus contact op met de gemeente. Het verschilt per gemeente hoe zij dit kunnen doen. Sommige gemeenten hebben bijvoorbeeld een centraal Wmo-loket, bij andere gemeenten zijn wijkteams actief. De gemeente onderzoekt de situatie van Paul, bijvoorbeeld door thuis bij hem langs te gaan om een 'keukentafelgesprek' te voeren. Bij dit onderzoek wordt onder andere gekeken of het sociale netwerk van Paul een deel van de zorg op zich kan nemen. Op basis van het onderzoek bepaalt de gemeente of Paul een maatwerkvoorziening krijgt en hoe die voorziening er uit gaat zien.

Mevrouw Vermeulen

Mevrouw Vermeulen is 85 jaar en woont alleen in een bovenwoning. Ze heeft al een aantal jaren huishoudelijke hulp en iedere dag komt een wijkverpleegkundige (voorheen de thuiszorg) langs om haar te helpen bij het opstaan en het naar bed gaan. De laatste maanden is de lichamelijke conditie van mevrouw Vermeulen achteruitgegaan, waardoor ze niet meer zelfstandig de trap naar buiten op en af kan lopen. Volgens de wijkverpleegkundige is de huidige situatie niet meer verantwoord en zou mevrouw Vermeulen beter kunnen verhuizen naar een tehuis. Mevrouw Vermeulen is het hiermee eens.
In 2014 zou de wijkverpleegkundige via haar instelling aan het CIZ hebben gemeld dat mevrouw Vermeulen zorg met verblijf nodig heeft. Omdat mevrouw Vermeulen ouder dan 80 jaar is, zet het CIZ deze melding automatisch om in een indicatiebesluit, zodat de benodigde zorg direct geleverd kan worden.
In 2015 dient mevrouw Vermeulen, eventueel met hulp van bijvoorbeeld de wijkverpleegkundige of een mantelzorger, een aanvraag in bij het CIZ. Het CIZ onderzoekt de situatie van mevrouw Vermeulen en besluit vervolgens of zij toegang krijgt tot de Wlz. Als dit inderdaad het geval is, kan mevrouw Vermeulen verhuizen naar een zorginstelling. Het CIZ kan ook beslissen dat de lichamelijke toestand van mevrouw Vermeulen (nog) geen aanleiding geeft voor toegang tot de Wlz. In dat geval zal mevrouw Vermeulen in overleg met de gemeente en/of een woningcorporatie moeten proberen om te verhuizen naar een meer geschikte woning. Een andere mogelijkheid is dat zij een beroep doet op de gemeente om vanuit de Wmo 2015 de bestaande woning aan te passen.

Hoewel mevrouw Vermeulen net als vroeger een aanvraag indient bij het CIZ, zijn er wel veranderingen in de aanvraagprocedure. Ze moet nu formeel zelf de aanvraag indienen, eventueel ondersteund door anderen, terwijl vroeger de wijkverpleegkundige dit voor haar kon doen. Ook honoreert het CIZ de aanvraag niet meer automatisch op grond van haar

leeftijd. Daarnaast zijn de toegangscriteria aangescherpt.[9] Cliënten die onder de AWBZ een laag zorgzwaartepakket zouden krijgen, hebben in het nieuwe stelsel geen recht meer op zorg met verblijf, maar dienen met ondersteuning van gemeente en zorgverzekeraar en zo mogelijk het sociale netwerk zelfstandig te blijven wonen. Voor mevrouw Vermeulen betekent dit dat ze wellicht nog geen toegang krijgt tot zorg met verblijf, terwijl ze dat onder de AWBZ (in ieder geval tot 2013) wel zou krijgen.

2.4 Conclusie

Per 1 januari 2015 zijn veel vormen van zorg overgegaan van de AWBZ naar de gemeenten en zorgverzekeraars. Gemeenten zijn nu, naast de taken die al onder de Wmo 2007 vielen, onder andere verantwoordelijk geworden voor begeleiding en een deel van persoonlijke verzorging. Het andere deel van de persoonlijke verzorging valt, evenals verpleging, sinds 2015 onder de Zvw. Ook zijn de toegangscriteria voor zorg met verblijf aangescherpt, waardoor cliënten langer met hulp van de gemeente en zorgverzekeraar zelfstandig moeten blijven wonen.
Een beschrijving van een aantal fictieve cliënten illustreert dat zij een ander aanspreekpunt voor langdurige zorg hebben gekregen dan voorheen. Vóór 2015 was het CIZ de toegangspoort tot de AWBZ en het aanspreekpunt voor cliënten; nu is dat in veel gevallen de gemeente en/of de zorgverzekeraar. Daarnaast is in sommige gevallen de toewijzing van zorg veranderd. De gemeente houdt, meer dan vroeger het CIZ, rekening met de sociale omgeving van de cliënten en de eventuele inzet van mantelzorg. En de criteria voor toegang tot zorg met verblijf zijn aangescherpt.

9 In 2013 en 2014 zijn de zorgzwaartepakketten 1 en 2 voor nieuwe cliënten in de verpleging en verzorging al geëxtramuraliseerd, in 2015 geldt dit ook voor zorgzwaartepakket V&V 3.

3 Enkele kenmerken van het nieuwe systeem van langdurige zorg

3.1 Inleiding

Sinds 2015 valt de langdurige zorg onder drie verschillende regelingen: de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015, de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz). In hoofdstuk 2 beschreven we hoe die zorg in grote lijnen is geregeld. Er spelen vier partijen een rol bij de uitvoering: de gemeenten (Wmo 2015), de zorgverzekeraars (Zvw), het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) en de zorgkantoren (beide Wlz).[10] In dit hoofdstuk bekijken we meer in detail hoe deze drie regelingen en de vier partijen functioneren in een aantal belangrijke opzichten: de bekostiging en de financiële risico's, de indicatiestelling, de eigen bijdragen, de inkoop van zorg, het gebruik van persoonsgebonden budgetten (pgb's) en het verband tussen de regelingen. We besluiten met een beschrijving van de invloed die de drie nieuwe regelingen en de daarbinnen optredende vier partijen hebben op de burger.
De kenmerken van de verschillende regelingen zijn samengevat en vergeleken in tabel 3.1. De volgende paragrafen beschrijven deze kenmerken op hoofdlijnen. Voor een gedetailleerde beschrijving van het nieuwe systeem en de bronnen daarvan verwijzen we naar bijlage A.

3.2 Bekostiging, budget en financiële risico's

Er zijn grote verschillen in de mate waarin de uitvoerders van delen van het systeem van langdurige zorg financieel risico lopen. De gemeenten dragen de volledige financiële verantwoordelijkheid voor hun Wmo-uitgaven. Zij ontvangen vrij besteedbare middelen van het rijk die ze aan de Wmo kunnen besteden. Daarnaast kunnen zij eigen bijdragen heffen bij het gebruik van Wmo-voorzieningen; bij deze heffing dienen gemeenten een landelijk voorgeschreven systematiek te volgen waarvan zij de parameters alleen op zo'n wijze kun-

10 De rijksoverheid draagt de systeemverantwoordelijkheid voor de Wlz. Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de Wlz voor hun eigen verzekerden. De Wlz introduceert het begrip Wlz-uitvoerder, waarover in de Memorie van Toelichting staat: 'De uitvoering van de Wlz vindt plaats in een aparte rechtspersoon, die behoort tot de groep waar toe ook de zorgverzekeraar behoort. Deze rechtspersoon wordt de Wlz-uitvoerder genoemd en is verantwoordelijk voor de uitvoering van de wet voor eigen verzekerden. De regering acht het echter nodig om te werken met budgettaire kaders en dus ook met regionale uitvoeringskantoren. Daarom zal, net als in de AWBZ, in de Wlz met uitvoerders worden gewerkt die in een regio de Wlz uitvoeren. Deze regionale uitvoerders worden zorgkantoren genoemd.' Omdat de zorgkantoren het eigenlijke werk doen, worden deze hier genoemd als partij die betrokken is bij de uitvoering van de Wlz. Het CIZ stelt indicaties voor de Wlz, wat wij ook als een rol in de uitvoering van de wet zien.

nen aanpassen dat dit tot lagere eigen bijdragen leidt. Zij hebben weinig mogelijkheden om de lokale belastingen te verhogen.[11] Gemeenten hebben dus een sterke financiële prikkel om de kosten van ondersteuning te beperken. Verzekeraars dragen op dit ogenblik nog maar een beperkte financiële verantwoordelijkheid voor de wijkverpleging.[12] Omdat er nog geen goed werkend ex ante risicovereveningssysteem voor de wijkverpleging is, speelt ex post compensatie voor dit deel van de Zvw een belangrijke rol en hebben verzekeraars weinig prikkels om de uitgaven aan wijkverpleging te beperken.[13] De zorgkantoren en het CIZ dragen geen financiële verantwoordelijkheid voor de Wlz-uitgaven.

De wijzigingen in de Wmo en de Zvw gingen gepaard met budgetkortingen. Na enkele verzachtingen van eerdere plannen zijn de gemeenten uiteindelijk in 2015 geconfronteerd met een korting van 0,7 miljard euro op de Wmo 2015, wat resulteerde in een totaal budget van ongeveer 8 miljard euro.

De zorgverzekeraars worden geconfronteerd met een beoogde besparing van ongeveer 400 miljoen euro op de wijkverpleging en een verlaagd totaal budget van 3,1 miljard euro. De zorgverzekeraars kopen zorg in bij aanbieders van wijkverpleging; bij het maken van afspraken over de te leveren zorg voor het volgende jaar zullen ze rekening houden met het totale beschikbare budget. Bij overschrijding van het macrobudget zullen alle gecontracteerde aanbieders in gelijke mate worden gekort met behulp van een ongedifferentieerd Macro Beheers Instrument (MBI).[14]

In 2015 wordt 0,5 miljard euro omgebogen op de Wlz (zie CPB 2015). Verder verwacht het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) dat de totale Wlz-uitgaven na verloop van tijd zullen afnemen. De groep met een oude indicatie voor lage zorgzwaartepakketten (ZZP's) zal immers langzaam verdwijnen (deze groep bestaat uit mensen die in

11 Het aandeel van de lokale belastingen in de inkomsten van gemeenten is in Nederland klein vergeleken met andere landen. In 2010 was dit slechts 10% (zie Van Eijkel en Vermeulen 2015). De Vereniging van Nederlandse Gemeenten en de rijksoverheid hebben afspraken gemaakt over de maximaal toegestane landelijke stijging van de OZB-opbrengsten. Voor 2015 bedraagt deze zogeheten macronorm 3%. Zie VNG (2015a).

12 Nederlandse zorgverzekeraars hebben een acceptatieplicht voor de Zvw, waarbij ze de premie niet afhankelijk mogen maken van de persoonlijke kenmerken van de verzekerden. Om een uniforme premie mogelijk te maken heeft de overheid een systeem ontwikkeld dat zoveel mogelijk een gelijk speelveld creëert voor verzekeraars door rekening te houden met risicokenmerken van hun specifieke groep verzekerden, het zogeheten ex ante risicovereveningssysteem.

13 Er geldt een ex post compensatie met een bandbreedte van plus en min 5 euro per verzekerde waarbuiten het resultaat voor 95% wordt nagecalculeerd.

14 In dit MBI legt de rijksoverheid van tevoren een omzetplafond vast. Als dit plafond wordt overschreden, kunnen de aanbieders worden gekort om de overschrijding te redresseren. Bij een ongedifferentieerd instrument worden alle aanbieders op dezelfde wijze aangeslagen, bijvoorbeeld naar rato van hun marktaandeel. De korting per aanbieder is dan niet afhankelijk van de overschrijding van die aanbieder. Zie Baarsma et al. (2012).

de nieuwe situatie geen Wlz-indicatie meer zouden krijgen)[15]; daarnaast leidt een meer doelmatige uitvoering tot een verwachte bezuiniging van 0,5 miljard euro.

Tabel 3.1
Kenmerken van Wmo, Zvw (wijkverpleging) en Wlz

	Wmo	Zvw (wijkverpleging)	Wlz
bekostiging	vrij besteedbare middelen van rijk	nu nog rijksbijdrage, MBI bij overschrijding	macrobudgettair kader
verdeling over uitvoerders	budget voor huishoudelijke hulp volgens verdeelmodel budget voor overig Wmo in 2015 nog historisch	deels op basis van kenmerken van verzekerden (ex ante risicoverevening); nu nog belangrijke ex post compensatieregeling	historische verdeling over zorgkantoorregio's
financiële risico's	gemeenten zijn volledig risicodragend.	verzekeraars zijn zeer beperkt risicodragend. Op termijn meer risico naar verzekeraars.	zorgkantoren en CIZ dragen geen financiële verantwoordelijkheid voor de Wlz-uitgaven.
budget 2015	8,0 miljard euro (waarvan 3,6 miljard euro nieuw na decentralisatie)	3,1 miljard euro	19,5 miljard euro[a]
korting	0,7 miljard euro	0,4 miljard euro	0,5 miljard euro[b]
indicaties			
door wie?	door gemeente, maar kan ook worden uitbesteed aan aanbieder of andere organisatie	door wijkverpleeg-kundige. Meestal in dienst van zorgaanbieder, soms zzp'er	door CIZ; vanaf 2015 geen indicaties meer door aanbieders
op welke wijze?	zorgvuldig en integraal onderzoek met aandacht voor persoonskenmerken	met normenkader van beroepsvereniging	volgens landelijke richtlijnen
	andere oplossingen (waaronder mantelzorg) komen eerst aan de orde	andere oplossingen (waaronder mantelzorg) komen aan de orde	mantelzorg is niet relevant
voor hoe lang?	mogelijkheid van toewijzing van zorg met beperkte looptijd	wijkverpleegkundige controleert regelmatig juistheid indicatie	in veel gevallen indicatie voor onbeperkte tijd

15 Met het oog op deze extramuralisering zal de rijksoverheid in de loop der jaren budget overhevelen van de Wlz naar de Wmo en de Zvw.

Tabel 3.1
(Vervolg)

	Wmo	Zvw (wijkverpleging)	Wlz
beslistermijn	na melding beslissing binnen acht weken; er is een spoedprocedure	directe indicatie mogelijk	beslissing CIZ binnen zes weken; er is een spoedprocedure
eigen bijdrage	inkomens- en vermogensafhankelijk, landelijk maximum; daarbinnen vastgesteld door gemeente	geen	landelijk vastgestelde eigen bijdrage, inkomens- en vermogensafhankelijk
inkoop			
door wie?	door gemeente of regionaal samenwerkingsverband	2015: door één zorgverzekeraar per regio in representatie[c] vanaf 2016: door zorgverzekeraar voor eigen verzekerden	door zorgkantoor
op welke wijze?	relatief grote vrijheid in opstellen contracten	o.b.v. regels Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de Autoriteit Consument en Markt (ACM)	o.b.v. regels NZa
leveringsvormen	zorg in natura (zin) of persoonsgebonden budget (pgb) via de Sociale Verzekeringsbank (SVB)	zin, pgb zorg zelf inkopen zonder overleg vooraf is ook mogelijk (artikel 13 Zvw).	zin, pgb via de SVB, volledig pakket thuis (vpt) of modulair pakket thuis (mpt)
soort organisatie	lokale overheid	private non-profit of for-profit	CIZ en zorgkantoren zijn zelfstandige bestuursorganen (zbo's)
verantwoording	horizontale democratische verantwoording, indirecte verticale verantwoording aan het rijk	aan leden van vereniging of aandeelhouders	verticale verantwoording aan het rijk

Tabel 3.1
(Vervolg)

	Wmo	Zvw (wijkverpleging)	Wlz
relatie tussen regelingen	combinatie met Zvw mogelijk cliënt die voldoet aan Wlz-criteria hoeft geen maatwerkvoorziening te krijgen.	combinatie met Wmo mogelijk mensen met Wlz-indicatie hebben geen aanspraak op wijkverpleging onder de Zvw.	in 2015 bij vpt of mpt nog combinatie met Wmo mogelijk voor woningaanpassingen, daarna niet meer combinatie met Wmo mogelijk voor vervoersvoorzieningen

a Dit zijn de totale bruto Wlz-uitgaven volgens de begroting 2015 (tabel 30). Deze omvatten uitgaven buiten de contracteerruimte, persoonsgebonden budgetten en uitgaven binnen de contracteerruimte. De laatste zijn 16,4 miljard euro.
b Dit is de beoogde korting op de Wlz-uitgaven (zie CPB 2015).
c In representatie inkopen betekent dat één zorgverzekeraar per regio inkoopt als vertegenwoordiger van alle zorgverzekeraars.

Bron: CPB/SCP

Voor de financiële prikkels van uitvoerders is van belang hoe de macrobudgetten worden verdeeld over gemeenten en zorgkantoren. Een verdeling op historische gronden noopt immers minder tot aanpassingen dan een verdeling op grond van objectieve kenmerken. Voor de huishoudelijke hulp, waar de gemeenten al vanaf 2007 verantwoordelijk voor zijn, functioneert een verdeelmodel dat objectieve factoren gebruikt. Het macrobudget van circa 3,6 miljard voor de nieuwe verantwoordelijkheden in de Wmo wordt in 2015 nog verdeeld op basis van historische uitgaven. Vanaf 2016 moet een geleidelijke overgang plaatsvinden naar een objectieve verdeling. De contracteerruimte in de Wlz wordt op historische gronden door de NZa over de zorgkantoorregio's verdeeld. Onderzoek door de Algemene Rekenkamer (ARK 2015) laat zien dat verschillen tussen zorgkantoorregio's in het gebruik van zorg met verblijf door ouderen en chronisch zieken relatief goed te verklaren zijn met een model wat objectieve kenmerken gebruikt als leeftijd, geslacht, herkomst, leefvorm, inkomen en bezit van een eigen huis (in vergelijking met zorg zonder verblijf en pgb's). Toch zou gebruik van het ARK-model voor de verdeling voor enkele regio's nog grote herverdelingsgevolgen hebben.

3.3 Indicatiestelling

Er zijn grote verschillen tussen uitvoerders in de mate waarin zij de indicaties naar eigen inzicht kunnen stellen. Het CIZ volgt landelijke regels voor indicaties voor de Wlz. Bij de indicatiestelling voor de Wlz speelt mantelzorg geen rol en is gebruikelijke zorg alleen relevant voor kinderen die zorg nodig hebben. De indicatiestelling hangt dus vooral af van de aandoeningen en beperkingen van de cliënt. Aanbieders mogen geen indicaties stellen bin-

nen de Wlz, terwijl dat binnen de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) in een aantal gevallen nog wel mogelijk was.
Zorgverzekeraars hebben geen directe invloed op de indicaties voor wijkverpleging, want die worden door wijkverpleegkundigen gesteld met behulp van het normenkader van hun beroepsgroep (V&VN 2014, zie bijlage A voor meer details). De wijkverpleegkundigen besteden bij de indicatiestelling ook aandacht aan wat mensen zelf kunnen doen aan hun problemen en wat de mantelzorg/familie/sociale steunsysteem (zoals buren en vrienden) kan doen. Wel hebben zorgverzekeraars indirect invloed via eventuele lagere productie- of budgetafspraken. Verzekeraars zijn een van de partijen die zich hebben vastgelegd op een inspanning om de taakstelling van 400 miljoen te realiseren (zie bijlage A).[16] Een manier om dit te doen is lagere productie- of budgetafspraken maken met de aanbieders. In zulke gevallen kunnen de aanbieders intern proberen om deze bezuiniging door te vertalen naar de indicatiestelling.
Gemeenten hebben veel vrijheid in de toewijzing van zorg binnen de Wmo. Formeel stelt een gemeente geen indicatie; de gemeente doet naar aanleiding van een melding door de cliënt onderzoek en geeft waar nodig een besluit af. In dit rapport zal dit proces vanwege de leesbaarheid en consistentie met de Zvw en Wlz toch ‘indicatiestelling’ worden genoemd. Het onderzoek door de gemeente naar wat er nodig is moet aan een aantal algemene regels voldoen: gemeenten moeten zich een goed beeld vormen van de ondersteuningsbehoefte van inwoners; het onderzoek moet plaatsvinden in samenspraak met de betrokkene en begint met een onderzoek naar de persoonskenmerken, behoeften en voorkeuren van de aanvrager. De gemeente bekijkt om te beginnen of het probleem niet opgelost kan worden met eigen kracht, gebruikelijke zorg of mantelzorg, met hulp van andere personen uit het sociale netwerk, met een algemene voorziening[17] of met maatschappelijk nuttige activiteiten.[18] Een maatwerkvoorziening uit de Wmo functioneert als een vangnet als al die andere opties niet werken.

3.4 Eigen bijdrage

Ook wat betreft de eigen bijdragen zijn er verschillen tussen de regelingen. In de wijkverpleging gelden sinds de overheveling naar de Zvw helemaal geen eigen betalingen meer. De eigen bijdragen die onder de AWBZ nog wel werden gevraagd voor persoonlijke

16 Naast Zorgverzekeraars Nederland (ZN) zijn de betrokken partijen: de organisatie van zorgondernemers ActiZ, Branchebelang Thuiszorg Nederland (BTN), de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF), Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) en het ministerie van VWS.

17 Een algemene voorziening is een voorziening die in beginsel door alle inwoners van de gemeente kan worden gebruikt. Wie tot de doelgroep behoort, wordt zonder uitgebreid onderzoek tot de voorziening toegelaten. Wel wordt eventueel een eigen bijdrage gevraagd. Bij een algemene voorziening valt bijvoorbeeld te denken aan een maaltijdvoorziening, regiotaxi of opvang voor dak- en thuislozen.

18 Het verrichten van maatschappelijk nuttige activiteiten kan bijvoorbeeld helpen tegen eenzaamheid volgens de Memorie van Toelichting bij de Wmo. Denk bijvoorbeeld aan vrijwilligerswerk in het buurthuis.

verzorging en verpleging zijn afgeschaft. Daarnaast valt de wijkverpleging niet onder het eigen risico van de Zvw. Voor zowel de Wmo 2015 als de Wlz gelden inkomens- en vermogensafhankelijke eigen bijdragen. De eigen bijdragen hangen ook af van de huishoudenssamenstelling en de leeftijd van de cliënt. In de Wmo 2015 legt de voorgeschreven systematiek een maximum op: gemeenten mogen de parameters van die systematiek alleen aanpassen op een manier die tot een lagere eigen bijdrage leidt. Voor de Wlz gelden landelijke regels waarin een lage en een hoge eigen bijdrage worden onderscheiden. De hoge eigen bijdrage geldt na de eerste zes maanden voor mensen in een instelling die geen thuiswonende partner meer hebben en bedraagt maximaal 2284,60 euro per maand in 2015.
Persoonlijke verzorging en verpleging als onderdeel van de Zvw zijn voor cliënten wat betreft eigen betalingen dus aantrekkelijker dan enigszins vergelijkbare zorg onder de Wmo of als onderdeel van een zorgprofiel in de Wlz.

3.5 Inkoop

Zoals we in hoofdstuk 2 hebben aangegeven, maakt de uitvoerder van een regeling met de zorgaanbieders van tevoren afspraken over de te leveren zorg. Dit proces van inkoop vindt in 2015 nog onder alle drie de regelingen lokaal of regionaal plaats: gemeenten of groepen van gemeenten kopen in voor de Wmo, zorgkantoren kopen in voor de Wlz in hun regio, en een zorgverzekeraar koopt in representatie op het niveau van zorgkantoorregio's wijkverpleging in voor alle zorgverzekeraars in de regio.[19] Het is de bedoeling dat verzekeraars vanaf 2016 wijkverpleging gaan inkopen voor hun eigen verzekerden. Aanbieders van wijkverpleging krijgen dan met meer inkopende verzekeraars te maken, die elk hun eigen wensen en eisen kunnen hebben.
De gemeenten hebben behoorlijk veel vrijheid in de wijze van aanbesteden en in contractvormen die zij kunnen hanteren.[20] De inkoopmodellen zijn onder te verdelen in modellen die gericht zijn op selectie van aanbieders en modellen die gericht zijn op samen ontwikkelen met partners. Een voorbeeld van het eerste is het zogenoemde Zeeuwse model; in dit model worden alle aanbieders gecontracteerd die voldoen aan de minimumkwaliteitseisen en die tegen een vaste prijs willen werken. De aanbieders moeten dan op kwaliteit concurreren om nieuwe cliënten te werven. Voorbeelden van inkoopmodellen gericht op samen ontwikkelen zijn bestuurlijk aanbesteden en maatschappelijk aanbesteden.[21] Deze modellen zijn gericht op samenwerking, niet op concurrentie. Gegeven de inkoopmodellen kunnen verschillende afspraken over de bekostiging van aanbieders worden gemaakt.

19 Deze beschrijving betreft alleen de inkoop van aan personen toewijsbare zorg. Voor de wijkgerichte niet-toewijsbare zorg (type s1), zie bijlage A. In representatie inkopen betekent dat één zorgverzekeraar per regio inkoopt als vertegenwoordiger van alle zorgverzekeraars.

20 Gemeenten dienen zich te houden aan algemene aanbestedingsbeginselen zoals objectiviteit, transparantie en non-discriminatie. Bij de inkoop van zorg en ondersteuning in het sociale domein hoeven gemeenten zich niet te houden aan de strikte regels van Europees aanbesteden volgens de zogeheten iia-procedure (zie Transitiebureau Wmo 2014).

Gemeenten kunnen bijvoorbeeld afspraken maken over de prijs en de verwachte hoeveelheid te leveren ondersteuning, maar ze kunnen ook een vast budget afspreken (lumpsum) of afspraken maken over populatiebekostiging.[22] Zij kunnen ook afspraken maken over de gewenste resultaten, waar zij al dan niet financiële prikkels aan verbinden (zie Andersson Elffers Felix 2015). Het lopende onderzoek van het programma decentrale overheden van het Centraal Planbureau (CPB) naar contractering zal meer inzicht geven in dit onderwerp. De zorgverzekeraars en zorgkantoren zijn gebonden aan beleidsregels van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), zoals maximumtarieven voor bepaalde prestaties. De staatssecretaris van VWS wil in 2017 een nieuw landelijk bekostigingsmodel voor de wijkverpleging invoeren, waarvoor hij in 2016 al stappen zet. Het moet dan mogelijk zijn dat uitkomstbekostiging en populatiebekostiging een rol gaan spelen (zie bijlage A voor meer details). Daarnaast houdt de Autoriteit Consument en Markt (ACM) toezicht op de zorgverzekeringsmarkt. Inkoop in representatie, waarbij de grootste verzekeraar in een regio wijkverpleging inkoopt voor alle cliënten, is in 2015 nog bij wijze van uitzondering toegestaan, vanaf 2016 mogen verzekeraars alleen nog in bepaalde uitzonderingsgevallen gezamenlijk wijkverpleging inkopen.[23]

3.6 Persoonsgebonden budgetten

Onder alle drie de regelingen kunnen cliënten een pgb aanvragen in plaats van zorg in natura, afgezien van enkele specifieke indicaties.[24] Aan de ontvanger van het pgb worden in de regelgeving wel meer eisen gesteld dan vroeger onder de AWBZ. Mensen moeten aangeven waarom zorg in natura niet volstaat, ze moeten in staat zijn om een pgb te beheren (eventueel met ondersteuning van iemand uit het sociale netwerk) en er moet een budgetplan worden gemaakt waarin de verzekerde aangeeft hoe hij van plan is om zijn budget te besteden. Voor het inschakelen van niet-professionele zorgverleners gelden lagere maximumtarieven. Pgb's onder de Wmo 2015 en de Wlz nemen de vormen aan van een

21 Bij bestuurlijk aanbesteden maken gemeenten afspraken met de huidige aanbieders in een dialoog over kwaliteit en prijs. Bij maatschappelijk aanbesteden maken gemeenten afspraken met aanbieders gezamenlijk over de aanpak van maatschappelijke opgaven.

22 Bij uitkomstbekostiging worden financiële prikkels gegeven om tot de gewenste uitkomsten te komen (bijvoorbeeld goede kwaliteit van zorg of x% van de doelgroep is gevaccineerd). Voor uitkomstbekostiging is nodig dat de gewenste uitkomsten gemeten kunnen worden. Bij populatiebekostiging wordt een vast bedrag per periode gehanteerd per lid van de populatie, bijvoorbeeld per inwoner of per verzekerde, ongeacht het zorggebruik. Een voorbeeld hiervan is het inschrijftarief bij huisartsen. Er kan rekening worden gehouden met kenmerken van de populatie, zoals leeftijd. Bij populatiebekostiging kunnen ook afspraken worden gemaakt over gewenste uitkomsten om te voorkomen dat er te veel beknibbeld wordt op de zorg. Ook kunnen populatiebekostiging en uitkomstbekostiging worden gecombineerd in een bekostigingssysteem, zie KPMG Plexus (2013).

23 De belangrijkste voorwaarde is dat het gezamenlijke marktaandeel van de samenwerkende verzekeraars kleiner is dan 15%.

24 Bijvoorbeeld cliënten met een indicatie Licht Verstandelijk Gehandicapt 3 of hoger of een indicatie GGZ B (langdurige psychiatrische aandoening) komen wettelijk niet in aanmerking voor een pgb.

trekkingsrecht bij de Sociale Verzekeringsbank (SVB). Dit betekent dat budgethouders geen geld op hun rekening gestort krijgen; de SVB betaalt de zorgaanbieders.
Voor de wijkverpleging is een bijzonderheid dat de verzekeraar op grond van artikel 13 van de Zvw ook 70% tot 80% moet vergoeden als mensen met een naturapolis zelf zorg inkopen bij een niet-gecontracteerde aanbieder. De verzekeraar beschikt dan niet zoals bij een pgb over een budgetplan.

3.7 Het verband tussen de regelingen

De hoofdlijn in het nieuwe stelsel van langdurige zorg is dat de Wlz grotendeels losstaat van de beide andere regelingen, terwijl gemeenten en zorgverzekeraars voor de Wmo 2015 en de wijkverpleging juist goed met elkaar moeten samenwerken.
De Wlz is bedoeld voor mensen die blijvend behoefte hebben aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Iemand die aan de criteria voldoet kan een beroep doen op de Wlz voor (vrijwel) alle benodigde zorg en voorzieningen. Deze kunnen eventueel ook thuis geleverd worden in de vorm van een volledig pakket thuis (vpt) of een modulair pakket thuis (mpt).[25] Daarom hoeven gemeenten geen Wmo-maatwerkvoorzieningen te leveren als de cliënt aan de criteria voor de Wlz voldoet, ongeacht of de cliënt daadwerkelijk een Wlz-indicatie heeft. Er kan nog wel een beroep worden gedaan op de Wmo voor sociaal vervoer[26] en ondersteuning van mantelzorgers van iemand met een Wlz-indicatie. Zorgverzekeraars hoeven geen wijkverpleging te vergoeden als de cliënt een Wlz-indicatie heeft. Zolang dit niet het geval is, kunnen zij wijkverpleging onder de huidige wetgeving niet weigeren, ook als de cliënt formeel aan de criteria van de Wlz voldoet.[27]
Omdat mensen met een lichtere zorgbehoefte gebruik kunnen maken van zowel wijkverpleging als ondersteuning vanuit de Wmo (denk aan huishoudelijke hulp of begeleiding) is het voor hen van belang dat de regelingen goed op elkaar zijn afgestemd. De Wmo 2015 verplicht gemeenten om in het plan dat zij periodiek moeten opstellen voor het maatschappelijke ondersteuningsbeleid, ook aandacht te besteden aan samenwerking met zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

25 Eventuele benodigde woningaanpassingen komen vanaf 2016 voor rekening van de Wlz; 2015 is een overgangsjaar waarin de woningaanpassingen vanuit de Wmo 2015 worden betaald.

26 De Wlz vergoedt vervoer naar een externe locatie voor begeleiding of behandeling. Wanneer een Wlz-geïndiceerde zich om sociale redenen wil verplaatsen (bijvoorbeeld voor familiebezoek), dient de cliënt een beroep te doen op de Wmo.

27 De Zvw kent geen wettelijke bepaling dat de verzekeraar wijkverpleging mag weigeren als de cliënt weigert mee te werken aan de aanvraag van een Wlz-indicatie. In reactie op een casus die door een verzekeraar is ingebracht bevestigen het ministerie van VWS en Zorginstituut Nederland beide dat de verzekeraar verplicht is zorg te vergoeden totdat er daadwerkelijk een Wlz-indicatie is afgegeven. Er is dus een probleem met cliënten die weigeren een Wlz-indicatie aan te vragen als zorg uit de Wmo en de Zvw niet meer voldoende is om een veilige situatie thuis te creëren.

3.8 Veranderingen voor de cliënt

In de vorige paragrafen hebben we een groot aantal nieuwe beleidsregels voor de vier uitvoerende partijen besproken. Deze hervormingen in de zorg hebben uiteraard ook gevolgen voor de cliënten. Doelstellingen van de hervorming zijn dat de ondersteuning dichter bij de burger komt en dat de kwaliteit toeneemt, maar ook dat mogelijkheden van mensen of hun sociale omgeving om zelf te voorzien in hulp en ondersteuning beter worden benut en dat de financiële houdbaarheid van de langdurige zorg verbetert.

De cliënt krijgt te maken met andere en soms meerdere toegangsloketten. Voor begeleiding en voor persoonlijke verzorging die in het verlengde ligt van begeleiding, gaat de cliënt niet meer naar het CIZ, maar naar de gemeente, waarbij elke gemeente zelf bepaalt hoe het toegangsloket concreet gestalte krijgt. In sommige gemeenten is een rol weggelegd voor een wijkteam, dat de melding van de cliënt beziet in samenhang met eventuele andere problemen van de cliënt. Voor persoonlijke verzorging die verband houdt met (een hoog risico op) behoefte aan geneeskundige zorg en voor verpleging wordt de cliënt geïndiceerd door de wijkverpleegkundige in plaats van door het CIZ. De cliënt kan zich dan onder andere melden bij de thuiszorgaanbieder, de huisarts of het wijkteam. Voor de indicatie komt meestal een wijkverpleegkundige thuis bij de cliënt langs, terwijl het CIZ veel 'op afstand' indiceerde. Cliënten die zowel begeleiding als wijkverpleging nodig hebben, krijgen dus te maken met twee loketten in plaats van één. Omdat het op voorhand voor de cliënt niet altijd duidelijk zal zijn in welk domein, de Zvw of Wmo, een oplossing voor zijn probleem kan worden gevonden, ligt het voor de hand dat deze al zoekend zijn weg moet zien te vinden.

De cliënt kan niet alleen te maken krijgen met meerdere toegangslokketten, maar ook met meer aanbieders dan voorheen. Dit kan gebeuren wanneer zorg uit zowel de Wmo als de Zvw wordt geleverd. De cliënt kan dan op één dag twee verschillende personen van verschillende organisaties over de vloer krijgen, terwijl dat vóór 2015 wellicht vaker één organisatie was.

Het verplichte onderzoek (vaak uitgevoerd als 'keukentafelgesprek'), waarbij de eigen mogelijkheden van de cliënt en zijn omgeving en de inzet van mantelzorgers nadrukkelijk worden bekeken, heeft zijn intrede gedaan. Dat geldt niet alleen voor Wmo-voorzieningen van de gemeenten; de wijkverpleegkundige kijkt bij de indicatiestelling voor de wijkverpleging ook naar de mogelijkheden van eigen kracht, mantelzorg en dergelijke.

Het CIZ neemt bij de indicatiestelling voor de Wlz persoonlijk contact op met de cliënt, vaak in de vorm van een huisbezoek. Onder de AWBZ was dit niet verplicht en werd de aanvraag voor intramurale zorg soms op afstand beoordeeld.

Als laatste heeft de cliënt te maken gekregen met andere eigen bijdragen, die bovendien verschillen per domein. Bij zorg uit de Zvw zijn de eigen bijdragen afgeschaft, wat de keuze tussen zorg uit verschillende domeinen kan beïnvloeden. Of de cliënt uiteindelijk te maken krijgt met hogere of lagere eigen bijdragen dan voorheen, hangt van zijn persoonlijke situatie af.

Al deze veranderingen brengen onzekerheid voor de cliënten met zich mee. Het zal enige tijd duren voordat zij gewend zijn geraakt aan de nieuwe situatie, die zowel positief als negatief voor de individuele cliënt kan uitpakken.

3.9 Conclusie

De overgang van de langdurige zorg van de AWBZ naar de Wmo, Zvw en Wlz gaat gepaard met nieuwe regels waar gemeenten, verzekeraars en uitvoerders van de Wlz zich aan dienen te houden. Het overzicht in tabel 3.1 laat zien dat deze regels soms sterk verschillen tussen Wmo, Zvw en Wlz. Binnen de Zvw is sprake van een overgangssituatie; de regelgeving voor de wijkverpleging zal op termijn nog veranderen. De gevolgen van de veranderingen voor de cliënt zijn vrij groot, wat gepaard kan gaan met een lange gewenningsperiode.

4 Keuzemogelijkheden in de langdurige zorg

4.1 Inleiding

In de hoofdstukken 2 en 3 hebben we het nieuwe systeem van langdurige zorg beschreven. Een belangrijke vraag is welke keuzes de vier uitvoerders (gemeenten, verzekeraars, Centrum indicatiestelling zorg (ciz) en zorgkantoren) en zorgaanbieders en cliënten in dit stelsel zullen maken en wat de gevolgen van die keuzes zullen zijn voor de doelmatigheid en toegankelijkheid van de zorg. In dit hoofdstuk beschrijven we eerst welke keuzes in theorie te verwachten zijn en welke gevolgen deze keuzes kunnen hebben. Op het moment van schrijven moeten veel keuzes nog uitkristalliseren, en kunnen we nog geen uitspraken doen op basis van kwantitatieve analyses. We beschikken alleen over een eerste indruk uit de interviews met vertegenwoordigers van gemeenten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders, die in het laatste deel van dit hoofdstuk worden besproken. Onze analyse blijft noodgedwongen grotendeels beperkt tot theoretische noties. Sommige prikkels beïnvloeden gedrag in tegengestelde richtingen, wat het op voorhand moeilijk maakt om in dit stadium van de hervormingen al conclusies te trekken.

Om te beginnen schetsen we in paragraaf 4.2 een analytisch kader dat aangeeft hoe de vier uitvoerders tot keuzes komen. Vervolgens geven we in paragraaf 4.3 op basis van dit analytische kader een algemeen overzicht van te verwachten keuzes rondom de thema's die in tabel 3.1 zijn genoemd. In de daaropvolgende paragrafen 4.4 tot en met 4.6 behandelen we meer in detail de keuzes op drie specifieke terreinen die relevant zijn voor onze onderzoeksvraag naar samenhang en afstemming van regelingen en zorgtypen. Paragraaf 4.4 gaat over keuzes rondom investeringen waarvan de effecten (deels) neerslaan bij andere uitvoerders in de langdurige zorg. In paragraaf 4.5 gaan we in op de keuzes rondom samenwerking wanneer een cliënt zorg ontvangt uit zowel de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) als de Zorgverzekeringswet (Zvw). In paragraaf 4.6 besteden we aandacht aan keuzes rondom zorgvormen die vanuit meerdere regelingen (Wmo, Zvw of Wet langdurige zorg (Wlz)) geleverd kunnen worden. De onderwerpen in deze drie paragrafen zijn deels gebaseerd op de onderwerpen die door de geïnterviewden werden genoemd als potentiële knelpunten in het systeem van langdurige zorg. In paragraaf 4.7 bespreken we de keuzes voor de cliënt die voortvloeien uit alle veranderingen. In paragraaf 4.8 geven we aan welke keuzes we in de praktijk observeren. Deze paragraaf is voor een groot deel gebaseerd op tien interviews met gemeenten, verzekeraars, zorgkantoren en zorgaanbieders. We besluiten het hoofdstuk in paragraaf 4.9 met een conclusie.

4.2 Analytisch kader

Zoals we in hoofdstuk 3 hebben aangegeven, hebben de vier uitvoerders (gemeenten, verzekeraars, ciz en zorgkantoren) uiteenlopende prikkels. Met prikkels bedoelen we de moti-

vatie die de uitvoerders hebben. In dit rapport onderscheiden we drie soorten prikkels: financiële prikkels, intrinsieke motivatie en verantwoording die de uitvoerders moeten afleggen (zie figuur 4.1). Deze indeling correspondeert tot op zekere hoogte met de indeling die in de sociologie wordt gemaakt in motieven voor keuzegedrag: het economische nut, waarden en normen (zie Etzioni 2008). De financiële prikkels staan voor het economische nut, intrinsieke motivatie correspondeert met ethische waarden en deels met sociale normen. De verantwoording die de uitvoerders moeten afleggen is gebaseerd op sociale, wettelijke en contractuele normen.

Financiële prikkels ontstaan uit de manier waarop de financiering van de zorg is vormgegeven. Gemeenten krijgen bijvoorbeeld een vast bedrag voor de uitvoering van de Wmo; wat ze tekortkomen moeten ze uit eigen middelen bijleggen en wat ze overhouden mag vrij besteed worden. Dit motiveert ('prikkelt') gemeenten om binnen het budget te blijven. Zorgverzekeraars daarentegen worden grotendeels gecompenseerd als ze meer uitgeven dan hun budget toelaat. Zij hebben daarom slechts een beperkte financiële prikkel om binnen hun budget te blijven.

Naast financiële prikkels speelt intrinsieke motivatie een rol. In tegenstelling tot financiële prikkels is intrinsieke motivatie niet direct af te leiden uit de manier waarop het systeem is vormgegeven. Uit de interviews met gemeenten, verzekeraars en zorgaanbieders blijkt wel dat veel van de respondenten vanuit de inhoud van het werk zeer gemotiveerd zijn om hun taak zo goed mogelijk uit te voeren.

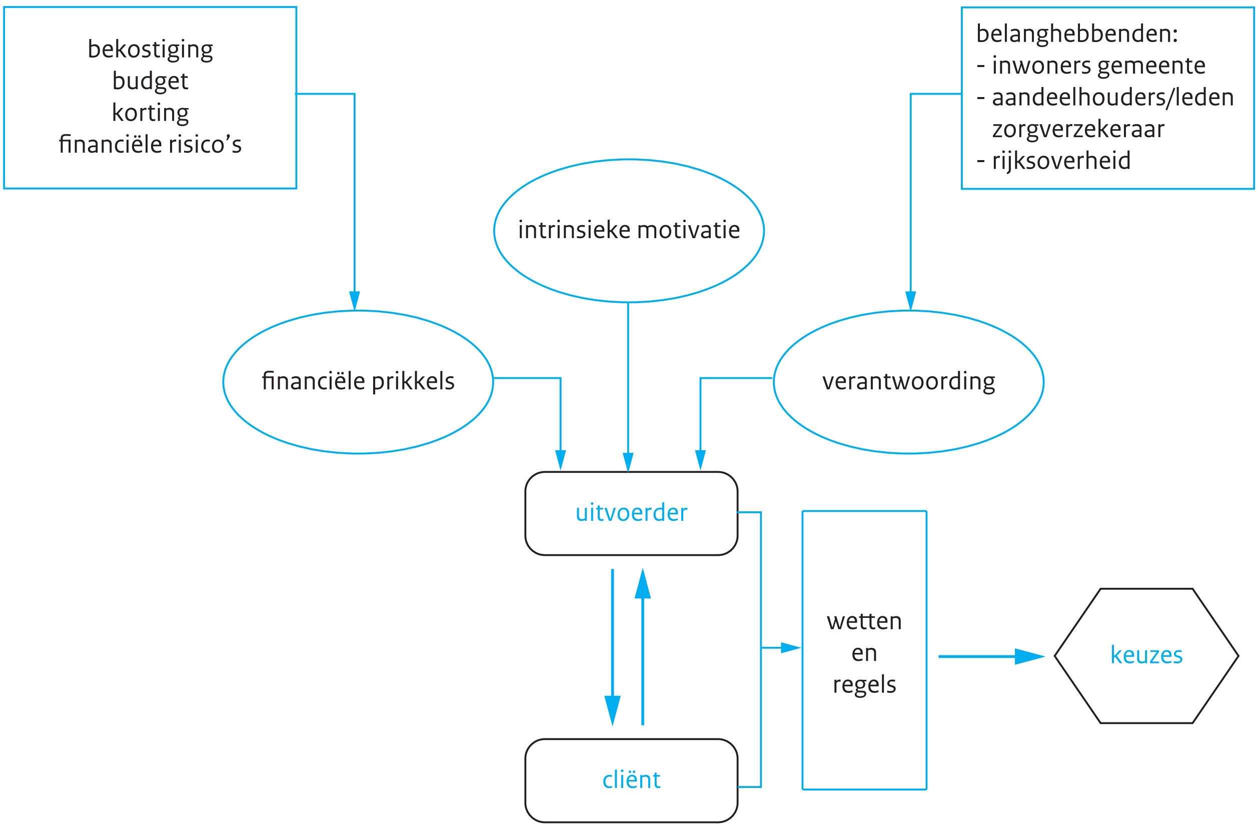
De laatste prikkel die we onderscheiden is de verantwoording die de uitvoerders moeten afleggen aan belanghebbenden. De gemeenteraad legt bijvoorbeeld verantwoording af aan de inwoners van de gemeente, en kan bij verkiezingen al dan niet worden herkozen. Dit prikkelt de gemeente om de Wmo volgens de wensen van de inwoners uit te voeren. Een ander voorbeeld zijn commerciële verzekeraars, die verantwoording af moeten leggen aan hun aandeelhouders. Dit geeft hun een prikkel om de bedrijfsresultaten te maximaliseren.

Deze drie prikkels leiden ertoe dat de uitvoerders van de langdurige zorg bepaalde keuzes zullen willen maken. Een gemeente die als belangrijkste doelstelling heeft om binnen het budget voor de Wmo te blijven, zal bijvoorbeeld de huishoudelijke hulp goedkoop willen inkopen en zuinig willen toewijzen aan cliënten. De uitvoerders van de langdurige zorg hebben echter ook te maken met de wensen van cliënten, en cliënten reageren op hun beurt weer op de keuzes die de uitvoerders maken. Onder andere bij het vaststellen van de eigen bijdrage onder de Wmo zullen gemeenten rekening houden met hoe de cliënten hierop reageren; een hogere eigen bijdrage is niet prettig voor de cliënt, maar kan een remmend effect hebben op het beroep op de Wmo. Tot op zekere hoogte kan dit wenselijk zijn voor de gemeente.

De uitvoerders van de langdurige zorg worden in hun keuzes daarnaast beperkt door wet- en regelgeving. Gemeenten die bijvoorbeeld willen bezuinigen op huishoudelijke hulp, kunnen het aantal uren hulp niet zomaar verminderen, maar moeten eerst een onderzoek doen naar de individuele omstandigheden van de cliënt (het 'keukentafelgesprek'). Wan-

neer dit niet of niet zorgvuldig gebeurt, kunnen cliënten aankloppen bij een bezwaren-commissie of naar de rechter stappen (zie De Koster 2015).
Uiteindelijk levert het hele raamwerk van prikkels, interactie met de cliënt en wet- en regelgeving bepaalde keuzes in de langdurige zorg op. De prikkels verschillen tussen de uitvoerders van de langdurige zorg, en één uitvoerder kan te maken hebben met conflicterende prikkels. We zetten per uitvoerder de prikkels op een rij en geven waar mogelijk aan welke prikkels naar verwachting een sterke of minder sterke rol zullen spelen.
Bij gemeenten spelen financiële prikkels naar verwachting een belangrijke rol. Gemeenten zijn immers volledig risicodragend en hebben daarmee een sterke prikkel om zuinig om te springen met hun beperkte budget. Overschrijdingen van het budget moeten ze uit eigen middelen aanvullen, terwijl ze weinig gelegenheid hebben om extra geld via belastingen te verkrijgen. De democratische verantwoording en intrinsieke motivatie van gemeenten zijn hierop een tegenkracht: gegeven de beschikbare middelen willen gemeenten waarschijnlijk zo goed als mogelijk passende zorg bieden aan hun inwoners.

Figuur 4.1
Totstandkoming van keuzes in de langdurige zorg



Bron: CPB/SCP

Zorgverzekeraars hebben op dit moment slechts een beperkte financiële prikkel om de zorg doelmatig te organiseren, omdat ze nog weinig risico dragen bij de uitgaven aan wijk-verpleging. Wel hebben zij budgetafspraken gemaakt met het rijk en is de rijksoverheid van

plan om de verzekeraars op termijn meer risicodragend te maken. Deze budgetafspraken en verwachte veranderingen (grotere risicodragendheid en inkopen voor de eigen verzekerden) vormen een prikkel om de zorg nu al zo efficiënt mogelijk in te richten, of daarmee te experimenteren. Ook blijkt uit de gesprekken dat veel verzekeraars intrinsiek gemotiveerd zijn om de wijkverpleging binnen de gestelde budgetten zo goed mogelijk vorm te geven. Verzekeraars concurreren onderling en leggen over hun bedrijfsresultaat verantwoording af aan de aandeelhouders of leden van de organisatie. In principe is er een prikkel om met goede zorg zoveel mogelijk klanten te trekken. Dit is wel afhankelijk van de vereveningssystematiek; als gebruikers van wijkverpleging voorspelbaar verliesgevend zijn, prikkelt dit verzekeraars niet om klanten aan te trekken die een hoog risico lopen op gebruik van wijkverpleging.
Het CIZ en de zorgkantoren zijn niet risicodragend en hebben daardoor geen sterke financiële prikkel om de zorg doelmatig te organiseren. Zorgkantoren hebben wel een budget, dat gebaseerd is op historische uitgaven. Zij zullen zoveel mogelijk binnen hun budget willen blijven. Het CIZ heeft deels conflicterende belangen om zowel de cliënt als het rijk tegemoet te komen. De cliënt heeft vooral belang bij goede zorg op maat die snel toegankelijk is, terwijl de rijksoverheid betaalbaarheid van de zorg ook als een belangrijke doelstelling heeft. Analyse van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) in voorgaande jaren kan wat meer licht werpen op de keuzes van CIZ en zorgkantoren, zie hiervoor hoofdstuk 5 en 6.
Gemeenten, zorgverzekeraars, CIZ en zorgkantoren hebben naast de hiervoor genoemde prikkels ook te maken met de wensen en reacties van cliënten. Doorgaans zullen cliënten de beste zorg voor hun beperking willen hebben. Wat de 'beste oplossing' is, verschilt van cliënt tot cliënt. De ene oudere zal bijvoorbeeld graag zo lang mogelijk thuis willen blijven wonen, terwijl de ander juist graag wil verhuizen naar een verpleeghuis. Bij de cliënt kunnen financiële motieven ook een rol spelen. De ene oplossing kan een hogere eigen bijdrage vragen dan de andere. De cliënt zal de financiële en niet-financiële kosten en baten van elke mogelijkheid tegen elkaar afwegen.
Als laatste zijn de keuzes die de verschillende uitvoerders kunnen maken ingekaderd door wet- en regelgeving. Tabel 3.1 in hoofdstuk 3 geeft aan welke wettelijke mogelijkheden gemeenten, verzekeraars, CIZ en zorgkantoren hebben op het gebied van indicaties, beslistermijn, eigen bijdrage, inkoop en leveringsvormen.

4.3 Algemene keuzes van de uitvoerders

In deze paragraaf geven we aan welke keuzes op basis van het analytische kader van de vorige paragraaf te verwachten zijn. Het zwaartepunt van de analyse ligt op de financiële prikkels, omdat deze relatief eenvoudig te herleiden zijn uit de manier waarop het systeem van langdurige zorg is vormgegeven, en relatief eenduidige gevolgen hebben. Intrinsieke motivatie is moeilijker te analyseren omdat deze verschilt van persoon tot persoon en moeilijk te meten is.

4.3.1 Keuzemogelijkheden van gemeenten

Keuzes van gemeenten bij indicatiestelling

Voor gemeenten is de toewijzing van zorg (indicatiestelling) een belangrijk instrument om de wijze van ondersteuning te vernieuwen en de kosten te beheersen.[28] Gemeenten hebben op dit gebied een vrij grote beleidsvrijheid. Er is een sterke prikkel (zowel financieel als vanuit de regelgeving) om in eerste instantie te zoeken naar een oplossing waar geen maatwerkvoorziening voor nodig is, bijvoorbeeld het inzetten van mantelzorgers of een algemene voorziening zoals een maaltijdservice. Gemeenten hebben echter ook een financiële prikkel om rekening te houden met de eventueel preventieve werking van een tijdig ingezette maatwerkvoorziening. Te laat en te zuinig toewijzen van zorg kan later tot een hogere rekening voor de gemeente leiden, bijvoorbeeld bij psychiatrische problemen, waar voldoende inzet van begeleiding wellicht escalatie kan voorkomen (zoals schulden en huisuitzetting waardoor beschermd wonen nodig kan worden).

Bij de toewijzing van zorg is het voor de gemeente financieel aantrekkelijk om de cliënt zo mogelijk te leren om weer zelfstandig te functioneren. Hier is expliciet ruimte voor in de wetgeving, indicaties kunnen voor een korte termijn worden afgegeven.

De financiële prikkel tot investeren is voor de gemeente kleiner als de zorgbehoefte zo groot is dat iemand wellicht in aanmerking komt voor de Wlz. Als de cliënt overgaat naar de Wlz wordt immers vrijwel alle zorg en ondersteuning door het zorgkantoor betaald. Voor de gemeente kan het dan weinig aantrekkelijk zijn om bijvoorbeeld dure woningaanpassingen te bekostigen.

Vanwege de belangrijke rol van indicatiestelling zullen gemeenten deze graag zelf in de hand willen houden, maar als zij de expertise missen zullen ze wellicht toch een beroep moeten doen op aanbieders of een andere partij moeten inhuren voor de indicatiestelling.[29] Een mogelijk probleem met het inschakelen van aanbieders is dat die belang hebben bij het genereren van omzet voor hun instelling. Daarnaast brengt de indicatiestelling natuurlijk niet alleen baten, maar ook kosten met zich mee voor de gemeente. Bijvoorbeeld het voeren van keukentafelgesprekken kost de medewerkers (veel) tijd.

Bij al deze keuzes rond de indicatiestelling is de gemeente deels afhankelijk van de reactie van de cliënt. Voor de cliënt kan een maatwerkvoorziening aantrekkelijker zijn dan een oplossing binnen het eigen netwerk. Ook het aanleren van zelfstandigheid vraagt inzet van de cliënt. Cliënten die het niet eens zijn met de beslissing van de gemeente kunnen bij de gemeente een bezwaarschrift indienen. Als zij het niet eens zijn met de beslissing van de gemeente op hun bezwaarschrift kunnen ze in beroep gaan bij de rechtbank.

De keuzes die gemeenten maken, kunnen er toe leiden dat de ondersteuning en zorg doelmatig worden ingezet. Hiervoor moet wel aan enkele voorwaarden zijn voldaan. Er mag geen sprake zijn van afwenteling op de Wlz (zie hiervoor). En de gemeente moet in kaart

28 Ook voor de hervorming van 2015 waren gemeenten al bezig met een kanteling naar een meer resultaatgerichte uitvoering van de Wmo.

29 Het Centraal Planbureau (CPB) werkt aan een publicatie waarin dit onderwerp nader wordt toegelicht.

brengen wat de ondersteuningsbehoefte is. Er is een gevaar dat de gemeente doorschiet in het streven naar zuinigheid en behoeftige cliënten toch zonder passende zorg komen te zitten. Gemeenten dienen zich echter wel aan de wet te houden, en cliënten die menen dat hun gemeente te ver is doorgeschoten kunnen bezwaar aantekenen of naar de rechter stappen. Onder de Wmo 2007 is hierdoor in de loop der tijd jurisprudentie ontstaan die de beleidsvrijheid van gemeenten inperkt (zie Kromhout et al. 2014). Ook in het nieuwe stelsel lijkt jurisprudentie te ontstaan (zie VNG 2015b).
Wettelijke beperkingen en jurisprudentie kunnen al te grote onderbestedingen in zorg tegen gaan. Daarnaast laten gemeenten zich in hun Wmo-uitgaven deels door de rijks-uitkering-Wmo leiden, ondanks dat de uitkering vrij besteedbaar is. Dit blijkt uit onderzoek van Kattenberg en Vermeulen (2015). Onder de Wmo 2007 werd een onverwachte verhoging van de rijksuitkering voor de huishoudelijke hulp deels aan huishoudelijke hulp besteed, terwijl gemeenten met een onverwachte verlaging van de rijksuitkering deze deels vertaalden in lagere uitgaven aan huishoudelijke hulp. Dit suggereert dat gemeenten alleen kiezen voor bezuinigingen wanneer het budget hen ertoe drijft, en dat zij niet actief proberen te bezuinigen om daarmee overblijvende Wmo-gelden aan andere zaken te kunnen besteden. Dit dempt het risico op onderbestedingen enigszins, en maakt het mede afhankelijk van de bezuinigingen van het rijk.
Uiteraard kunnen door verschillende keuzes verschillen in beleid tussen gemeenten ontstaan. Onder de oude Wmo kon daar ook al sprake van zijn. De econometrische analyse van het gebruik van de Wmo op gemeenteniveau in hoofdstuk 5 kan hier al wat inzicht in geven.

Keuzes van gemeenten bij eigen bijdrage

Gemeenten kunnen zelf bepalen wat de eigen bijdrage voor een maatwerkvoorziening is, waarbij de voorgeschreven systematiek een maximum oplegt. Binnen deze systematiek wordt de hoogte van de eigen bijdrage ook beïnvloed door de wijze waarop gemeenten de kostprijs van zorg bepalen. Er is een dubbele financiële prikkel voor gemeenten om de maximale eigen bijdrage te vragen. Hogere inkomens betalen daarmee een groter deel van de kostprijs van zorg en er is naar verwachting een dempend effect op de vraag naar zorg. Dit neemt niet weg dat gemeenten ook kunnen kiezen voor een lagere eigen bijdrage dan maximaal, bijvoorbeeld uit politieke of sociale overwegingen.

Keuzes van gemeenten bij persoonsgebonden budgetten (pgb's)

Cliënten die voldoen aan de voorwaarden hebben recht op een pgb van de gemeente. Gemeenten kunnen het gebruik van een pgb wel aanmoedigen of ontmoedigen, bijvoorbeeld door de moeite die ze doen om na te gaan of de door pgb-gebruikers ingekochte zorg van goede kwaliteit zal zijn. Ook dient de cliënt te motiveren waarom hij de maatwerkvoorziening in de vorm van een pgb geleverd wenst te krijgen. De gemeente kan strenger of minder streng omgaan met de beoordeling van deze motivatie.
Bij het gebruik van een pgb is er minder controle vanuit de gemeente. Een van de ideeën achter het pgb – naast meer eigen regie en keuzevrijheid – is dat de cliënt de zorg zelf effi-

ciënter kan regelen, wat past in het nieuwe systeem. Het is op voorhand niet duidelijk of pgb's voor gemeenten een interessant instrument zijn om hun doelen te bereiken.

Keuzes van gemeenten bij inkoop

Gemeenten hebben al ervaring met de inkoop van huishoudelijke hulp. De bijdrage die zij daarvoor ontvangen van het rijk is vanaf 2015 verlaagd, wat hun inkoopmethode en de gemaakte afspraken kan beïnvloeden. De inkoop van begeleiding en hun andere nieuwe, kleinere, taken is nieuw voor gemeenten. Voor de inkoop kunnen zij allerlei modellen gebruiken, zoals eerder aangegeven. Inkoop is een belangrijk instrument voor gemeenten om hun beleidsdoelen te bereiken. Afhankelijk van bijvoorbeeld de financiële situatie in de gemeente, politieke voorkeuren, aanwezige expertise en inhoudelijke ideeën over de optimale wijze om de ondersteuning vorm te geven, kunnen zij tot heel verschillende keuzes komen voor inkoop- en bekostigingsmodellen.[30] Op voorhand is niet duidelijk welke keuzes van gemeenten te verwachten zijn.

Gevolgen voor de cliënt

Wat merkt de cliënt van de gemeentelijke keuzes? De eerder geschetste casussen (hoofdstuk 2) kunnen hier licht op werpen.

Voor mevrouw Bos, die de zorg voor haar dementerende man steeds zwaarder gaat vinden, geldt dat meer dan onder de AWBZ eerst wordt gekeken naar oplossingen zoals hulp vanuit het sociale netwerk, voordat er groepsbegeleiding als maatwerkvoorziening wordt toegekend.
Als meneer Bos groepsbegeleiding krijgt, betaalt hij net als onder de AWBZ een inkomens- en vermogensafhankelijke eigen bijdrage. Mogelijk heeft de gemeente waar het echtpaar Bos woont ervoor gekozen om de bijdrage onder het maximum vast te stellen. Dat hoeft niet te betekenen dat het echtpaar goedkoper uit is dan onder de AWBZ: de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg) is immers afgeschaft.[31] Net als voorheen kan het echtpaar er voor kiezen om de toegewezen begeleiding in de vorm van een pgb te ontvangen als het aanbod van begeleiding in de gemeente niet passend is. Mevrouw Bos of een andere mantelzorger zal dan wel een administratie moeten bijhouden.

---

30 Dit onderwerp zal verder worden bestudeerd in een komende CPB-publicatie.

31 Hierdoor vervalt vanaf 2015 de Wtcg-korting van 33% op de eigen bijdrage voor zorg thuis.

Voor Paul de Groot met zijn psychische problemen geldt dat de gemeente een extra motivatie heeft om hem goed te helpen: zo kan wellicht escalatie worden voorkomen. Mogelijk richt de hulp zich op het aanleren van zelfstandigheid, zodat Paul op termijn minder of geen zorg meer nodig heeft. Ook Paul betaalt een eigen bijdrage. Als Paul een laag inkomen heeft, is deze eigen bijdrage waarschijnlijk beperkt; toch kan de eigen bijdrage een drempel vormen. Paul kan in principe kiezen voor een pgb, maar de gemeente zal hem dan wel verplichten om een vertegenwoordiger aan te stellen, bijvoorbeeld zijn zus, die het pgb voor hem beheert. Ook moet Paul of zijn vertegenwoordiger dan duidelijk kunnen maken waarom zorg in natura niet volstaat.

Mevrouw Vermeulen, die overweegt naar een instelling te verhuizen vanwege haar lichamelijke problemen, krijgt met de gemeente te maken als het CIZ oordeelt dat zij (nog) niet in aanmerking komt voor de Wlz. In dat geval kan zij een beroep op de gemeente doen voor woningaanpassingen of hulp bij het vinden van een andere woning. Afhankelijk van het beleid dat ze voert, kan de gemeente eerst op eigen verantwoordelijkheid wijzen en erop aansturen dat (de familie van) mevrouw Vermeulen zelf op zoek gaat naar een geschikte woning of woningaanpassingen regelt. Als geen andere oplossingen mogelijk zijn, is de gemeente uiteindelijk de partij die haar zal helpen volgens de regels van de Wmo.

4.3.2 Keuzemogelijkheden van zorgverzekeraars

Keuzes van zorgverzekeraars bij indicatiestelling en inkoop

Verzekeraars hebben in vergelijking met gemeenten relatief weinig wettelijke mogelijkheden om keuzes te maken op het gebied van indicatiestelling en inkoop. Om te beginnen hebben zij een zorgplicht, waardoor ze zich niet kunnen beroepen op tekortschietende budgetten. De indicatiestelling wordt gedaan door een wijkverpleegkundige, de verzekeraar kan de indicatie alleen indirect beïnvloeden via inkoop van zorg bij de aanbieder. De verzekeraar kan bijvoorbeeld afspreken met de aanbieder dat minder zorg geleverd zal worden vanwege de budgetafspraken tussen de verzekeraars en het rijk, die gepaard gaan met een bezuiniging op de wijkverpleging. De verzekeraar kan er bij de inkoop ook op aandringen dat de wijkverpleegkundige naar mogelijke zelfredzaamheid en de inzet van mantelzorg kijkt.
De aanbieder maakt echter zijn eigen afwegingen. Wanneer de aanbieder ervan uitgaat dat de gemaakte budgetafspraken strak zullen worden gehandhaafd, zullen de bezuinigingen hun weerslag hebben op de indicaties. Dit kan betekenen dat bij tekortschietende budgetten cliënten worden doorverwezen naar andere aanbieders. De aanbieder kan ook zuinig omgaan met zorg bij de indicatiestelling, en de nadruk leggen op de inzet van hulpmiddelen of mantelzorgers. Als de aanbieder denkt dat er bij budgetoverschrijdingen extra fondsen zullen worden ingezet, mede omdat verzekeraars een zorgplicht hebben, kan het juist aantrekkelijk zijn voor de aanbieder om ruim te indiceren en op die manier omzet te genereren.[32] Naast deze overwegingen speelt het beroepsethos van de wijk-

verpleegkundige een rol; deze kan conflicteren met de mogelijke instructies van zijn/haar werkgever om zuinig aan te doen met indiceren als hij/zij geen mogelijkheden ziet om indicaties op verantwoorde wijze te verlagen.
De verzekeraars hebben ook wat betreft inkoopmodellen minder vrijheid dan de gemeenten. Zij moeten namelijk voldoen aan de beleidsregels van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Zij kunnen er wel voor kiezen om met budgetplafonds te werken. Er wordt onder leiding van de NZa gewerkt aan een nieuw bekostigingsmodel voor de wijkverpleging, waarbinnen verzekeraars meer vrijheid zullen hebben in de bekostiging.
Op het moment verloopt de inkoop nog in representatie: de grootste verzekeraar in de regio koopt in voor alle cliënten. Dit geeft de minderheidsverzekeraars weinig mogelijkheid om invloed uit te oefenen, zowel wat betreft inkoopcontracten als wat betreft eigen accenten zoals extra ondersteuning van mantelzorgers van dementerende cliënten.
Op het moment dat de ex post compensatie voor verzekeraars minder belangrijk wordt en verzekeraars de wijkverpleging voor hun eigen klanten in gaan kopen, gaat het ex ante risicovereveningssysteem binnen de Zvw een grotere rol spelen bij de keuzes die zorgverzekeraars maken bij de inkoop van zorg. Wanneer gebruikers van wijkverpleging voorspelbaar verliesgevend zijn, is het voor de verzekeraar financieel aantrekkelijk als deze cliënten overstappen naar een andere zorgverzekeraar. Zij kunnen die overstap indirect stimuleren door de wijkverpleging zuinig in te kopen. Dit kan ertoe leiden dat cliënten relatief weinig zorg geïndiceerd krijgen, wat hen wellicht uit zichzelf doet overstappen naar een minder zuinige verzekeraar. Ook kan de zorgaanbieder cliënten stimuleren om over te stappen naar een royalere verzekeraar. Aan de andere kant zullen verzekeraars ook rekening willen houden met een eventueel preventief effect van wijkverpleging op andere zorguitgaven, zoals ziekenhuisopnames.
Dat verzekeraars op dit ogenblik weinig keuzes kunnen maken rond indicatiestelling en inkoop van wijkverpleging wil niet zeggen dat zij alle zorg zomaar moeten vergoeden. Verzekeraars hebben hun algemene verantwoordelijkheid: op basis van de Zvw hoeven zij geen zorg te vergoeden waarvoor geen medische indicatie bestaat, die niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk of die niet doelmatig is. Zij kunnen ook controles uitvoeren om hierop te toetsen.

Keuzes van zorgverzekeraars bij eigen bijdrage

Er zijn geen eigen betalingen meer in de wijkverpleging sinds de overheveling naar de Zvw. Cliënten hoeven dus geen financiële afweging meer te maken, en worden in hun zorggebruik niet langer geremd door een eigen bijdrage. Ook artikel 13 van de Zvw leidt ertoe dat het gebruik moeilijker te beperken is. Verzekerden (ook verzekerden met een naturapolis) kunnen zelf zorg inkopen bij een niet-gecontracteerde aanbieder, mits ze een indicatie hebben. Dat zij dan wel zo'n 20% tot 30% zelf moeten betalen, zal echter wel een

32 Het bestaan van het Macro Beheers Instrument (MBI) zal aanbieders hier niet van weerhouden, omdat alle aanbieders in gelijke mate worden aangeslagen bij een overschrijding van het totale plafond. Zie hoofdstuk 3 voor meer informatie over het MBI.

remmend effect hebben vergeleken met zorg van gecontracteerde aanbieders. Door het ontbreken van een eigen bijdrage is de Zvw dus in financieel opzicht aantrekkelijk voor de cliënt.

Keuzes van zorgverzekeraars bij leveringsvorm

Cliënten kunnen voor een pgb kiezen. Ze moeten dan wel, net als bij de Wmo, een zorgplan opstellen en motiveren waarom een pgb in hun situatie de beste oplossing is. De verzekeraar kan ervoor kiezen om strenger of minder streng om te gaan met deze criteria. Hij zal net als gemeenten een afweging maken: bij een pgb heeft de verzekeraar minder invloed op de geleverde zorg, maar een pgb kan wel efficiënter zijn dan zorg in natura. Bij verzekeraars kan ook meespelen dat bij weigering van een pgb een cliënt zelf zorg zou kunnen inkopen met een beroep op artikel 13 van de Zvw. In dat geval heeft de verzekeraar nog minder sturingsmogelijkheden dan bij een pgb. Ook kan meespelen dat een verzekeraar uit concurrentieoverwegingen de klant tegemoet wil komen.

Gevolgen voor de cliënt

Onder de AWBZ had het echtpaar Bos met de dementerende heer Bos een eigen bijdrage moeten betalen voor wijkverpleging. Nu krijgen zij 'gratis' wijkverpleging op basis van wat de wijkverpleegkundige nodig vindt. Anders dan vroeger kan de wijkverpleegkundige bij de indicatiestelling ook kijken wat de sociale omgeving van het echtpaar kan doen en of de zelfredzaamheid bevorderd kan worden (bijvoorbeeld door gebruik van hulpmiddelen bij het wassen en aankleden). Of de wijkverpleegkundige dit doet, zal afhangen van de (financiële) opdracht die hij/zij van zijn of haar instelling heeft meegekregen. Daarnaast maakt de wijkverpleegkundige zijn/haar eigen zorginhoudelijke afweging van wat in de situatie van het echtpaar Bos de beste oplossing is.

Als mevrouw Vermeulen met haar verslechterende lichamelijke conditie geen toegang krijgt tot de Wlz, zal zij een beroep blijven doen op wijkverpleging. Een wijkverpleegkundige moet haar herindiceren vanwege het nieuwe systeem. De indicerende wijkverpleegkundige zal wellicht bekijken of de zelfredzaamheid van mevrouw Vermeulen verbeterd kan worden of dat haar sociale omgeving kan worden ingeschakeld. Omdat de gezondheidstoestand van mevrouw Vermeulen achteruit is gegaan, zal de wijkverpleegkundige wellicht een zwaardere indicatie afgeven. Mocht haar toestand in de toekomst veranderen, dan kan de wijkverpleegkundige zonder overleg met de verzekeraar de indicatie aanpassen, hoewel in dat geval ook een nieuwe aanvraag bij het CIZ overwogen kan worden. Mevrouw Vermeulen hoeft vanaf 2015 geen eigen bijdrage meer te betalen voor wijkverpleging.

4.3.3 Keuzemogelijkheden van CIZ en zorgkantoren

Het CIZ en de zorgkantoren hebben weinig keuzemogelijkheden. Het CIZ moet onder de Wlz in ieder geval voor alle aanvragen zelf indiceren en kan daarbij de landelijke richtlijnen

strakker of minder strak toepassen. Ook kan het CIZ wat meer of minder moeite in de indicatiestelling steken. Een strenge toepassing van de regels leidt wellicht tot meer bewaarschriften, wat een prikkel kan zijn om een iets minder strenge houding aan te nemen. Het zorgkantoor heeft invloed op de toekenning van een pgb, een volledig pakket thuis (vpt) of een modulair pakket thuis (mpt) doordat het een bewust keuzegesprek voert met de cliënt en doordat het zorgkantoor toetst of zorg thuis niet duurder is dan in een instelling. Ook de regels rondom het pgb, vpt en mpt kunnen meer of minder strikt worden toegepast. Het zorgkantoor kan verder proberen voordelig in te kopen door met de aanbieders te onderhandelen over een betaling onder het maximumtarief.

Gevolgen voor de cliënt

> Mevrouw Vermeulen heeft bij de aanvraag voor toegang tot de Wlz recht op cliëntondersteuning vanuit de Wmo.[33] Haar indicatie kan niet door een aanbieder worden gedaan en haar aanvraag wordt ook niet meer automatisch toegekend op grond van haar leeftijd; het CIZ zelf stelt de indicatie. Het let daarbij vooral op haar gezondheidstoestand en beperkingen. Wanneer mevrouw Vermeulen toegang tot de Wlz krijgt, kan zij wellicht geen pgb, vpt of mpt toegewezen krijgen, als zij dat al zou willen. Omdat haar huis ongeschikt voor haar is, is zorg in een instelling efficiënter.

4.4 Effecten van investeringen die neerslaan bij andere uitvoerders

Omdat er meerdere uitvoerders (gemeenten, verzekeraars, CIZ en zorgkantoren) betrokken zijn bij de langdurige zorg, kunnen de gunstige effecten van investeringen die de ene uitvoerder in de zorg doet, neerslaan bij een andere uitvoerder. Met investeringen bedoelen we uitgaven die andere kosten voorkomen of uitstellen. Een uitvoerder kan bijvoorbeeld investeren in hulpmiddelen waardoor de cliënt weer zelfstandig kan functioneren, of in preventie. Een belangrijk voorbeeld van investeringen die neerslaan bij andere uitvoerders is het 'langer thuis wonen'. Gemeenten en zorgverzekeraars worden geacht hierin te investeren, maar langer thuis wonen leidt ertoe dat een Wlz-indicatie wordt uitgesteld. Een ander voorbeeld is mantelzorg; de gemeente is verantwoordelijk voor de ondersteuning aan mantelzorgers, maar de Zvw plukt er mede de vruchten van. Ook meer algemeen ontstaan bij goede Wmo-uitvoering wellicht spillovers naar de wijkverpleging en andere delen van de Zvw. Effectief tegengaan van eenzaamheid kan bijvoorbeeld voorkomen dat mensen met sociale problemen vaak naar de huisarts gaan. Andersom kan een ruime inzet van

33 Cliëntondersteuning is in de Wmo gedefinieerd als onafhankelijke ondersteuning met informatie, advies en algemene ondersteuning die bijdraagt aan het versterken van de zelfredzaamheid en participatie en het verkrijgen van een zo integraal mogelijke dienstverlening. De ondersteuning kan worden geleverd door vrijwilligers, bijvoorbeeld via de ouderenbonden, maar ook onder andere MEE en welzijnsorganisaties kunnen (professionele) cliëntondersteuning leveren.

wijkverpleegkundige zorg ervoor zorgen dat cliënten minder beroep doen op de Wmo. Goede wijkverpleging na een ziekenhuisopname kan bijvoorbeeld complicaties voorkomen, waardoor cliënten sneller hun eigen huishouding weer kunnen voeren. En goede hulp door een wijkverpleegkundige die een cliënt leert omgaan met een stoma kan bijvoorbeeld voorkomen dat de cliënt uit angst voor nare geurtjes niet meer het huis uit durft.
In principe hebben gemeenten, verzekeraars, CIZ en zorgkantoren een minder sterke prikkel om geld te besteden aan zorg waarvan een andere uitvoerder (deels) de vruchten plukt.
Zo is het voor gemeenten en verzekeraars financieel niet aantrekkelijk om een cliënt te helpen een Wlz-indicatie zo lang mogelijk uit te stellen. Wanneer iemand voor een Wlz-indicatie in aanmerking komt, zijn gemeenten niet langer wettelijk verplicht om zorg en ondersteuning uit de Wmo te bieden; voor cliënten die reeds een Wlz-indicatie hebben, is de verzekeraar niet langer verplicht om wijkverpleging te bieden. Er is dus een financiële prikkel voor gemeenten en verzekeraars om cliënten zo snel mogelijk in de Wlz te krijgen. Er zijn echter ook tegenkrachten.
Ten eerste is er het CIZ, dat optreedt als poortwachter. Wanneer de landelijke indicatieprotocollen en het uitvoerende CIZ een scherpe afbakening maken tussen cliënten die wel en die niet in de Wlz thuishoren, zijn de mogelijkheden om cliënten af te wentelen naar de Wlz beperkt. Bij een minder duidelijke afbakening neemt de potentie toe om zorg die thuishoort in de Zvw en Wmo, af te wentelen naar de Wlz. In hoofdstuk 5 en 6 wordt de indicatiestelling in het verleden geanalyseerd.
Ten tweede maken binnen de Zvw de zorgaanbieder en de wijkverpleegkundige een eigen afweging om cliënten al dan niet snel te adviseren een Wlz-indicatie aan te vragen. Voor een zorgaanbieder die zowel intra- als extramurale zorg levert, kunnen leegstaande intramurale bedden meespelen bij deze beslissing. Ook kunnen vergoedingen en budgetten in de Wlz ruimer of minder ruim zijn dan in de Zvw. De wijkverpleegkundige zal zich bij zijn/haar advies behalve door deze financiële kwesties ook sterk laten leiden door zijn/haar professionele verantwoordelijkheid.
Als laatste heeft ook de cliënt een belangrijke rol in het al dan niet aanvragen van een Wlz-indicatie. Sommige cliënten willen liever niet naar een zorginstelling verhuizen. Mogelijk weten ze niet dat de Wlz ook ingevuld kan worden via een vpt, mpt of pgb. Ook wanneer de client hier wel van op de hoogte is, is het niet zeker dat het zal lukken om met een vpt thuis te blijven wonen omdat de zorg thuis verantwoord en doelmatig moet kunnen worden geleverd. Een verschil in eigen bijdragen tussen de Wlz en de Zvw/Wmo kan ook een rol spelen in de afweging van de cliënt. Kok et al. (2015) berekenden dat een cliënt in 2009 in een verzorgingshuis gemiddeld financieel beter af was dan met zorg thuis: omdat de totale kosten voor huur, huishouden en extramurale eigen bijdragen ten tijde van het onderzoek aanzienlijk hoger waren dan de intramurale eigen bijdrage.[34] Deze afweging kan sinds 2015 anders liggen, omdat voor wijkverpleging geen eigen betalingen meer gelden.

34 Het onderzoek van Kok et al. (2015) heeft geen betrekking op psychogeriatrische cliënten en cliënten in een verpleeghuis. Het laat zien dat zorg in een verzorgingshuis in 2009 financieel aantrekkelijker was voor ouderen, mantelzorgers, zorgverzekeraars en gemeenten/woningbouwcoöperaties. Alleen

Dit kan vooral relevant zijn voor cliënten met een hoger inkomen en vermogen; voor cliënten met een laag inkomen gelden sowieso lage eigen bijdragen.[35] Als de cliënt liever geen gebruik wil maken van de Wlz, zal de wijkverpleegkundige in de Zvw mogelijk rekening houden met deze wens. De zorgverzekeraar kan de cliënt niet verplichten om een Wlz-indicatie aan te vragen. Ook de gemeente zal wellicht rekening houden met de voorkeuren van de cliënt.

Bij spillovers tussen de Wmo en Zvw zijn de prikkels minder duidelijk dan bij investeringen om cliënten uit de Wlz te houden. Bij deze investeringen is er sprake van eenrichtingsverkeer, want de investeringen liggen eenzijdig bij Wmo en Zvw en de besparingen in de Wlz. Wmo en Zvw profiteren beide waarschijnlijk van elkaars investeringen. Afhankelijk van de grootte van de investeringen en de grootte van de gunstige effecten ervan zou er een balans kunnen ontstaan waarbij gemeente en zorgverzekeraar beide investeren in zorg en preventie en hier beide van profiteren.

Gevolgen voor de cliënt

Zolang de gezondheidstoestand van de dementerende meneer Bos geen toegang geeft tot de Wlz, heeft de gemeente er financieel belang bij om mevrouw Bos zo goed mogelijk te ondersteunen en daarmee de kans op een aanvullend beroep op de Wmo door het echtpaar zoveel mogelijk te verkleinen. Voor de gemeente is het echter financieel niet aantrekkelijk om meneer Bos zo lang als mogelijk uit de Wlz te houden. Zodra zijn toestand daar aanleiding voor geeft, kan de gemeente het echtpaar vragen een Wlz-indicatie te overwegen.

Wanneer mevrouw Vermeulen geen Wlz-indicatie krijgt, kan zij de gemeente om een woningaanpassing, bijvoorbeeld een traplift, vragen. Voor de gemeente is dit financieel weinig aantrekkelijk; ze moet kosten maken terwijl de baten bij de Wlz neerslaan. Het is ook de vraag hoe lang mevrouw Vermeulen ook met woningaanpassingen nog zelfstandig kan blijven wonen als zij steeds verder achteruitgaat.

4.5 Samenwerking tussen Wmo en Zvw

Binnen het nieuwe systeem van langdurige zorg kunnen cliënten ondersteuning vanuit de Wmo combineren met wijkverpleging vanuit de Zvw. Dit komt vrij frequent voor. Gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS 2014a) geven aan dat in november 2012 34% van de gebruikers van huishoudelijke hulp daarnaast ook wijkverpleging (persoonlijke

de staat (of belastingbetaler) ging er financieel op achteruit wanneer een cliënt werd opgenomen in een verzorgingshuis.

35 De gemiddelde eigen bijdrage voor zorg thuis was in 2009 110 euro per jaar volgens Kok et al. (2015).

verzorging en/of verpleging) gebruikte. Van de gebruikers van groepsbegeleiding gebruikte 43% ook wijkverpleging, bij de gebruikers van individuele begeleiding lag dit op 29%.
Bij deze gebruikers van Wmo en wijkverpleging is het belangrijk dat er een goede afstemming is tussen gemeente en zorgverzekeraar. De verschillende taken die formeel zijn verdeeld over Wmo en wijkverpleging zijn soms dusdanig aan elkaar gerelateerd dat het in praktisch opzicht onhandig is om deze taken te splitsen en te verdelen over verschillende uitvoerders. Denk bijvoorbeeld aan een cliënt die 's ochtends hulp nodig heeft bij het wassen en aankleden, en daarnaast ook bij het klaarmaken van ontbijt. De was- en aankleedhulp valt onder wijkverpleging, de hulp bij het klaarmaken van ontbijt valt onder de Wmo; in de praktijk kan het echter efficiënter zijn om één hulpverlener beide taken te laten uitvoeren.

De keuzes die gemeenten en verzekeraars maken kunnen de afstemming tussen de domeinen tegenwerken of juist bevorderen. Naast de in paragraaf 4.3 genoemde keuzes (onder andere bij indicatiestelling en inkoop), is een goede relatie tussen gemeenten en zorgverzekeraars van groot belang. Wederzijds vertrouwen bevordert een goede afstemming tussen de keuzes die gemeenten en verzekeraars maken. Wat dit betreft is het een minder gunstige ontwikkeling dat de wijkverpleging op termijn niet meer in representatie wordt ingekocht. Gemeenten krijgen hierdoor te maken met meerdere gesprekspartners. Een model waarbij de meerderheidsverzekeraar de leiding neemt en de andere verzekeraars volgen kan de samenwerking met gemeenten wel stroomlijnen. Een nadeel van dit soort constructies is dat het moeilijker wordt voor individuele verzekeraars om eigen lijnen uit te zetten en daarmee de concurrentie aan te gaan met de meerderheidsverzekeraar. De mogelijkheid bestaat dan ook dat de Autoriteit Consument en Markt (ACM) het gezamenlijk optreden van zorgverzekeraars verbiedt als het representatiebeginsel wordt verlaten.

Afstemming tussen Wmo en wijkverpleging gebeurt uiteindelijk op het niveau van de individuele verzorgers die bij de cliënt thuis komen. Daarom is juist de inkoop van zorg een belangrijk sturingsinstrument om samenwerking vorm te geven. Hier zitten twee dimensies aan: bij welke aanbieders de zorg wordt ingekocht en hoe de contracten met de aanbieders vervolgens worden vormgegeven.

Wanneer gemeenten en verzekeraars hun zorg bij dezelfde aanbieders inkopen, maakt dit het mogelijk dat de cliënt alle zorg door dezelfde aanbieder geleverd krijgt. Dit maakt het makkelijker om de zorg af te stemmen tussen de Wmo en de wijkverpleging en kleine taken informeel door te schuiven tussen wijkverpleegkundige en huishoudelijke hulp en/of begeleider. Wanneer de zorg door twee of meer aanbieders wordt geleverd, is vooral de verstandhouding tussen de aanbieders van belang.

Gemeenten en verzekeraars kunnen bij hun inkoop ook expliciet rekening houden met de samenhang tussen de Wmo en wijkverpleging. In de meest lichte vorm gebeurt dit door bij de inkoop budget te geven aan aanbieders om een of meer wijkverpleegkundigen de verbinding tussen het sociaal domein (Wmo en andere gemeentelijke taken op het sociale vlak) en de wijkverpleegkunde te laten leggen. Zo kan een wijkverpleegkundige die aanwezig is bij een wekelijks inloopspreekuur van het wijkteam bij relevante casussen direct

meekijken en het wijkteam adviseren. Op het moment hebben de zorgverzekeraars voor deze taken een apart rijksbudget onder de noemer s1-wijkverpleegkundige zorg (zie verder bijlage A bij dit rapport). Naast deze verbinding van wijkverpleegkunde en sociaal domein kunnen de gemeente en verzekeraar er in beginsel ook voor kiezen om de inkoop verder te integreren; in de meest vergaande vorm kopen ze gezamenlijk in en worden de Wmo- en Zvw-budgetten samengevoegd.

De mate waarin Wmo en wijkverpleging integraal worden ingekocht zal deels afhangen van het wederzijdse vertrouwen tussen gemeente en verzekeraar. Langdurige samenwerking kan dit vertrouwen bevorderen, zie onder andere Vermeulen et al. (2014). Bij gezamenlijke inkoop is ook van belang of gemeente en verzekeraar dezelfde ideeën hebben over efficiënte vormgeving van de zorg. Wanneer de een bijvoorbeeld veel vrijheid wil geven aan de aanbieder en de ander juist sterke controles wil, staat dit gezamenlijke inkoop in de weg. Ook is van belang in hoeverre gemeente en verzekeraar de nadruk leggen op 'de bezuinigingsdoelstellingen realiseren' versus 'de cliënt centraal stellen', daar waar beide doelstellingen niet direct verenigbaar zijn. Als laatste kan de huidige wetgeving een struikelblok vormen. Op het moment hebben gemeenten een relatief grote vrijheid bij het opstellen van contracten, terwijl verzekeraars gebonden zijn aan regels van de NZa en minder makkelijk kunnen kiezen voor bijvoorbeeld uitkomstbekostiging of populatiebekostiging.[36] Ook het delen van budgetten kan moeilijk zijn omdat verzekeraars een bepaalde mate van verantwoording moeten afleggen binnen de vereveningssystematiek. Zij moeten aan kunnen tonen dat hun kosten Zvw-uitgaven betreffen, anders tellen ze niet mee bij de ex post compensatie. Het is de bedoeling dat de verzekeraars op termijn meer flexibiliteit in de bekostiging krijgen, wat samenwerking tussen gemeenten en verzekeraars kan bevorderen.

Naast keuzes rondom inkoop is ook de termijn waarop de zorg kan worden geleverd een relevant thema. Meestal is wijkverpleging sneller en flexibeler in te zetten dan ondersteuning vanuit de Wmo, omdat gemeenten een formele beslistermijn van acht weken hebben.[37] Het kan hierdoor gebeuren dat de wijkverpleegkundige constateert dat (extra) ondersteuning vanuit de Wmo nodig is, maar dat deze zorg op zich laat wachten. Wanneer dit tot vervelende of zelfs gevaarlijke situaties voor de cliënt leidt, zal de wijkverpleegkundige vanuit zijn of haar professie vaak dan toch maar zelf de benodigde zorg leveren. Als gemeenten en zorgverzekeraars goed samenwerken, kan de Wmo-indicatie op basis van informatie van de wijkverpleegkundige snel worden afgegeven.

36 Zie paragraaf 3.5 voor een uitleg van deze begrippen.

37 Gemeenten dienen een spoedprocedure te hebben, maar deze is bedoeld voor uitzonderingsgevallen zoals een cliënt die na onverwachte ziekenhuisopname weer naar huis mag en bijvoorbeeld tijdelijk huishoudelijke hulp nodig heeft. Een oudere die lichamelijk langzaam achteruitgaat, dient tijdig hulp aan te vragen en komt meestal niet in aanmerking voor een spoedprocedure.

Gevolgen voor de cliënt

Afstemming van Wmo en wijkverpleging is voor sommige cliënten uit de eerder geschetste casussen zeer relevant. Alleen Paul krijgt al zijn ondersteuning vanuit de Wmo. Het echtpaar Bos en mevrouw Vermeulen (bij uitblijven van een Wlz-indicatie) combineren Wmo-ondersteuning met wijkverpleging.

Meneer Bos zal waarschijnlijk ondersteuning vanuit zowel de Wmo als de Zvw krijgen. Door regelmatig te overleggen met elkaar en met mantelzorgers, stemmen hulpverleners deze ondersteuning zo goed mogelijk af op zijn situatie en kunnen zij veranderingen snel signaleren. Voor mevrouw Bos is het prettig als zij één aanspreekpunt heeft waar ze met al haar vragen terechtkan.

Als mevrouw Vermeulen geen Wlz-indicatie krijgt, zal ze waarschijnlijk wijkverpleging combineren met huishoudelijke hulp vanuit de Wmo, en wellicht een woningaanpassing. Het is voor haar prettig als de mensen die dagelijks over de vloer komen flexibel met hun taken omgaan, en een klein klusje voor haar kunnen doen, ook als dat buiten hun formele taak valt. Door regelmatig overleg tussen de hulpverleners zal de kwaliteit van haar zorg verbeteren en zullen veranderingen in haar situatie eerder worden opgemerkt.

4.6 Zorgvormen die vanuit meerdere regelingen kunnen worden geleverd

Er zijn verschillende vormen van zorg die verdeeld zijn over twee of meer regelingen (Wmo 2015, Zvw of Wlz): de cliënt krijgt zorg vanuit één regeling, maar zou de aanspraak op zorg bij twee of meer regelingen kunnen maken. In deze situatie kunnen twee problemen ontstaan. Ten eerste is soms de afbakening tussen de regelingen niet helder. Dit kan ertoe leiden dat de zorg voor cliënten wordt afgewenteld naar een andere regeling, of dat in het uiterste geval cliënten tussen wal en schip vallen. Daarnaast kan het moeilijk zijn om van te voren te voorspellen welke cliënten bij welke regeling terecht zullen komen. Met name als een cliënt dure zorg nodig heeft, maakt dit het voor het rijk moeilijk om de beschikbare budgetten correct te verdelen.
Zoals we in hoofdstuk 2 beschreven, zijn er twee zorgvormen formeel over meerdere verantwoordelijken verdeeld. Persoonlijke verzorging is op zorginhoudelijke gronden opgeknipt; persoonlijke verzorging die in het verlengde ligt van begeleiding is ondergebracht in de Wmo, terwijl persoonlijke verzorging die samenhangt met (een verhoogd risico op) geneeskundige zorg onder de Zvw valt. Daarnaast is de palliatief terminale zorg verdeeld over de Zvw en Wlz. Deze knip is niet om zorginhoudelijke maar om praktische redenen gemaakt: voor cliënten zonder Wlz-indicatie is het gemakkelijker om vanuit de Zvw te worden geholpen, terwijl het voor cliënten met Wlz-indicatie juist prettiger is om in het laatste stadium van hun leven in de Wlz te kunnen blijven.

Naast deze formele splitsingen van zorg zijn er nog twee situaties waarin cliënten met een min of meer gelijke zorgvraag bij twee regelingen kunnen aankloppen. In de eerste plaats zijn er cliënten met een zware zorgvraag die door de inzet van veel mantelzorg slechts relatief weinig formele ondersteuning nodig hebben. Op basis van hun lichamelijke en/of geestelijke conditie komt deze groep in aanmerking voor een Wlz-indicatie, waarbij de benodigde zorg thuis geleverd kan worden. Maar vanwege het relatief lichte beroep op formele zorg kan hun zorgbehoefte ook goed worden ingevuld vanuit de Wmo en Zvw. Volgens de wetgeving kan in dit soort gevallen ondersteuning vanuit de Wmo worden geweigerd, maar tegelijkertijd benadrukt de Memorie van Toelichting bij de Wlz (TK (2013/2014) dat van de gemeente een uiterste inspanning wordt verwacht om het mogelijk te maken dat de cliënt thuis blijft wonen. Ten tweede is er een grijs gebied tussen begeleiding (ondergebracht in de Wmo) en behandeling (ondergebracht in de Wlz). Behandeling kan worden ingezet om te voorkomen dat de aandoening verergert. Onder andere bewegingsoefeningen bij dementie liggen echter sterk in het verlengde van begeleiding, waardoor een cliënt in zowel de Wmo als de Wlz terecht zou kunnen.

Persoonlijke verzorging

Tabel 2.1 in hoofdstuk 2 geeft aan dat op 14 november 2014 284.865 cliënten een indicatie hadden voor persoonlijke verzorging. Het is niet exact na te gaan wie van deze cliënten in de nieuwe situatie onder de Wmo en wie onder de Zvw zullen vallen, maar de grondslag van hun AWBZ-indicatie geeft een ruwe inschatting. Op basis van de grondslagen verstandelijke handicap, zintuiglijke handicap en psychiatrische aandoening zal 9% van de cliënten onder de Wmo vallen en de resterende 91% onder de Zvw. Cliënten die naar verwachting onder de Wmo zullen vallen, hebben gemiddeld een lagere zorgvraag. In november 2013 had 56% van de cliënten die onder de Wmo zullen vallen een indicatie in klasse 1 of 2, wat maximaal vier uur zorg per week betekent. Voor de cliënten die naar verwachting onder de Zvw vallen, was dit 47%.[38]
Het belangrijkste probleem bij de splitsing van de persoonlijke verzorging is het toekennen van cliënten aan de Wmo of Zvw. Bij nieuwe cliënten is het bijvoorbeeld niet altijd meteen eenduidig vast te stellen of zij psychische problemen hebben, waarbij geen hoog risico op behoefte aan geneeskundige zorg bestaat, of wellicht beginnende dementie, waarbij wel een verhoogd risico op behoefte aan geneeskundige zorg bestaat. Ook cijfers uit het verleden geven dit aan. Van de mensen die in november 2013 een indicatie hadden voor persoonlijke verzorging op grondslag psychiatrische problematiek of een verstandelijke of zintuiglijke handicap, had 59% daarnaast een secundaire grondslag somatisch, psychogeriatrisch of lichamelijke handicap.[39] Dat suggereert dat een deel van de cliënten die onder de Wmo vallen ook problemen hebben die binnen de Zvw passen.

38 Eigen berekening van het Centraal Planbureau op basis van niet-openbare microdata van het Centraal Bureau voor de Statistiek. Deze microdata zijn onder bepaalde voorwaarden toegankelijk voor statistisch en wetenschappelijk onderzoek. Nadere informatie kunt u opvragen via cvb@cbs.nl.

39 Idem.

In de praktijk zullen bij een onduidelijke problematiek gemeente en verzekeraar in onderling overleg moeten bepalen wie voor de zorg voor de cliënt verantwoordelijk is. Voorheen stelde het CIZ een grondslag vast; in het nieuwe systeem is er geen onafhankelijke scheidsrechter meer. Vooral van belang is nu een goede verstandhouding en een bereidheid om cliënten met een onduidelijke problematiek naar rato te verdelen over Wmo en Zvw.
De financiële prikkels in het systeem kunnen ertoe leiden dat zowel de gemeente als de verzekeraar de cliënt proberen door te verwijzen naar de ander. Vooral bij de gemeenten, die 5% van het budget voor persoonlijke verzorging toegewezen hebben gekregen, leidt een extra toestroom van cliënten al snel tot overschrijding van de budgetten. Daarnaast lijken gemeenten een sterkere financiële prikkel te hebben om binnen de gestelde budgetten te blijven dan de zorgverzekeraars en zullen cliënten een voorkeur hebben voor de Zvw, aangezien daar geen eigen betalingen gelden. Dit kan ertoe leiden dat gemeenten de persoonlijke verzorging afwentelen naar de verzekeraars. In hoeverre de verzekeraars hier tegenwicht aan kunnen bieden is vooral afhankelijk van de mate waarin zij aanbieders kunnen stimuleren om zuinig te indiceren en cliënten waar nodig door te verwijzen naar de Wmo. De aanbieder maakt hier een eigen afweging in, waarbij verschillen in betaling tussen Wmo en Zvw een rol zullen spelen. Wanneer de verzekeraar bijvoorbeeld een hoger uurtarief uitbetaalt dan de gemeente is het aantrekkelijk om de cliënt vanuit de Zvw zorg te verlenen. Aan de andere kant kunnen bijvoorbeeld strakke budgetafspraken in de Zvw ertoe leiden dat de aanbieder de cliënt in de Wmo probeert te krijgen.

Palliatief terminale zorg

Bij palliatief terminale zorg speelt het probleem van toekenning aan de juiste regeling (Zvw of Wlz) veel minder; de wettelijke kaders zijn duidelijk. Een probleem hier is echter de verdeling van budgetten over de Wlz en Zvw. Voor deze verdeling moet worden ingeschat hoeveel nieuwe gebruikers van palliatief terminale zorg al een bestaande Wlz-indicatie hebben. Dit is op basis van cijfers uit het verleden moeilijk vast te stellen. In die data zijn gebruikers van palliatieve zorg aan huis niet te onderscheiden van zware gebruikers van reguliere thuiszorg. Van deze groep is dan ook niet bekend of ze in aanmerking zouden komen voor de Wlz. Pas als er data beschikbaar zijn uit het nieuwe systeem van langdurige zorg, kan de verdeling goed worden ingeschat.
Een tweede probleem bij de verdeling van budgetten is dat de kosten per cliënt relatief hoog zijn. Tabel 2.1 geeft aan dat op 14 november 2014 in totaal 890 cliënten een indicatie hadden voor palliatieve zorg met verblijf. Omdat deze indicaties worden afgegeven voor drie maanden, en de cliënt meestal binnen deze drie maanden overlijdt, is het aantal indicaties per jaar fors hoger: in 2013 waren dit er in totaal 7965 (CBS 2015d). In 2013 is bijna 58 miljoen euro gedeclareerd voor palliatieve zorg met verblijf, circa 7300 euro per cliënt.[40]

40 Ter vergelijking, in 2013 is per indicatie voor zorg met verblijf met ZZP 4 circa 21.000 euro per cliënt gedeclareerd aan zorg in natura. In de palliatief terminale zorg maken cliënten gemiddeld slechts zo'n anderhalve maand gebruik van zorg; omgerekend zou palliatieve zorg voor een cliënt ongeveer 58.000 euro per jaar kosten.

Een kleine verschuiving van cliënten tussen Wlz en Zvw vormt dus al een redelijke kostenpost.

Zware zorgvraag, maar licht beroep op formele zorg

Mensen met een slechte lichamelijke en/of geestelijke conditie en veel informele zorg kunnen op twee manieren thuis blijven wonen: via een combinatie van Wmo en wijkverpleging of via een volledig of modulair pakket thuis of pgb vanuit de Wlz. Dat cliënten twee routes kunnen bewandelen komt vooral doordat de Wlz puur naar de cliënt kijkt, terwijl de Wmo en de Zvw ook de omgeving van de cliënt meenemen in de indicatiestelling. Gebruik van zorg onder de AWBZ geeft enigszins aan hoeveel van dit soort cliënten er zijn. Figuur 6.3 in hoofdstuk 6 laat zien dat in 2011 ongeveer 22% van de indicaties Verpleging & Verzorging met zorgzwaartepakket (ZZP) 4 werd ingevuld met behulp van thuiszorg. Deze figuur toont gegevens van cliënten die hun intramurale indicatie hebben omgezet in functies en klassen; het volledig pakket thuis valt buiten deze indeling. Ook in het nieuwe stelsel komen cliënten met een indicatie Verpleging & Verzorging met ZZP 4 nog steeds in aanmerking voor een intramurale indicatie op grond van de Wlz. Bij hogere ZZP's neemt het percentage gebruikers van thuiszorg af, maar is dit nog steeds 5% tot 9%. Een deel van deze cliënten is wellicht 'wenswachtende' en staat op de wachtlijst voor een plaats in hun gewenste instelling.
Voor gemeenten en verzekeraars is het financieel aantrekkelijk als de cliënt een Wlz indicatie krijgt; zij hoeven dan geen zorg meer te leveren. De gemeente kan hierop aansturen in een 'keukentafelgesprek'. Ook heeft de gemeente de wettelijke mogelijkheid om ondersteuning vanuit de Wmo te weigeren als de cliënt voldoet aan de criteria voor Wlz-zorg, maar nog geen indicatie bij het CIZ heeft aangevraagd. De verzekeraar heeft minder directe sturingsmogelijkheden, maar kan via de wijkverpleegkundige de cliënt adviseren om een Wlz-indicatie aan te vragen. Of de wijkverpleegkundige dit advies daadwerkelijk verstrekt, zal deels afhangen van hoe de aanbieder omgaat met de door de verzekeraar gestelde budgetten en van de professionele verantwoordelijkheid van de wijkverpleegkundige. Wijkverpleging mag alleen geweigerd worden als er een Wlz-indicatie ligt.
De wensen van de cliënt spelen een belangrijke rol bij de uitkomst van deze gesprekken met de gemeente en/of de wijkverpleegkundige. Wat betreft wijkverpleegkundige zorg kan de cliënt weigeren een Wlz-indicatie aan te vragen en een beroep (blijven) doen op een groot aantal uren wijkverpleging. Maar een Wlz-indicatie kan voor de cliënt ook prettig zijn. Als de zorg vanuit de Wlz aan huis wordt geleverd, kan de cliënt bij wegvallen van een mantelzorger snel worden opgenomen in een instelling, zonder dat hij of zij eerst een procedure bij het CIZ moet doorlopen. De overgang naar een vpt, mpt of pgb binnen de Wlz kan echter ook betekenen dat de zorg anders wordt ingevuld dan voorheen. De cliënt moet wellicht wisselen van aanbieder of heeft bij Wmo en wijkverpleging een ander pakket aan zorg en ondersteuning dan waar hij of zij bij een zorgzwaartepakket recht op heeft.
Ook kan een cliënt worden afgeschrikt door heersende ideeën dat de Wlz alleen bedoeld is voor opname in een tehuis. Als laatste kan in sommige gevallen de eigen bijdrage voor de

Wlz hoger liggen dan de eigen bijdrage voor de Wmo en de wijkverpleging samen (er is geen eigen bijdrage voor wijkverpleging).

Begeleiding en behandeling

Het grijze gebied tussen begeleiding en behandeling, gecombineerd met financiële prikkels voor de gemeenten, kan ertoe leiden dat cliënten in het nieuwe stelsel vaker worden doorverwezen naar de Wlz. Het CIZ vormt hier de poortwachter, dus de uiteindelijke effecten zullen vooral afhangen van de wijze waarop het CIZ met het grijze gebied omgaat.

Gevolgen voor de cliënt

De persoonlijke verzorging van meneer Bos valt onder de Zvw als hij een verhoogd risico loopt op behoefte aan geneeskundige zorg. Omdat hij al ouder is en lijdt aan dementie, is dit waarschijnlijk het geval. Wanneer hij vooral begeleiding nodig heeft bij zijn persoonlijke verzorging, zou de wijkverpleegkundige hem door kunnen verwijzen naar de gemeente. De aangevraagde groepsbegeleiding is vooral bedoeld om mevrouw Bos te ontlasten, en valt daarmee onder de Wmo.
De gemeente zou echter kunnen voorstellen dat meneer Bos beter gebruik kan maken van dagbehandeling vanuit de Wlz, zodat hij zijn geheugen kan trainen en mevrouw Bos tegelijk ontlast wordt.
Op het moment komt meneer Bos nog niet in aanmerking voor de Wlz. Het is te verwachten dat zijn toestand gaandeweg verslechtert en dat hij op een gegeven moment wel hiervoor in aanmerking komt. Dit betekent niet noodzakelijk dat hij meer professionele zorg nodig heeft. Als zijn vrouw gezond blijft, kan zij ervoor kiezen om veel zorg op zich te nemen. Ook kunnen de kinderen van het echtpaar extra mantelzorg verlenen. Desondanks kan de gemeente erop aandringen dat het echtpaar een Wlz-indicatie aanvraagt en dat de bestaande zorg aan huis wordt geleverd en bekostigd vanuit de Wlz. Als zij inderdaad een indicatie aanvragen en het zorgkantoor zorg heeft ingekocht bij de huidige zorgleveranciers, hoeft het echtpaar Bos niet over te stappen naar een andere aanbieder. Wel kan hun eigen bijdrage veranderen, evenals de invulling van de zorg (andere typen zorg of ander aantal uren).

Paul de Groot heeft waarschijnlijk behoefte aan persoonlijke verzorging die in het verlengde ligt van begeleiding. De gemeente is hiervoor verantwoordelijk. Wanneer de gemeente echter meent dat er daarnaast een verhoogd risico bestaat op behoefte aan geneeskundige zorg, kan zij Paul doorverwijzen naar een wijkverpleegkundige. De verdere begeleiding die Paul nodig heeft, is begeleiding bij praktische zaken zoals de administratie. Die valt eenduidig onder de verantwoordelijkheid van de gemeente.

Mevrouw Vermeulen heeft somatische klachten en een hoog risico op behoefte aan geneeskundige zorg, waardoor de persoonlijke verzorging die zij ontvangt vanuit de Zvw wordt gegeven. Haar huis is in de huidige staat niet geschikt voor haar, dus bij een Wlz-indicatie zal zij waarschijnlijk geen zorg aan huis kunnen krijgen uit een mpt, vpt of pgb. In haar geval is een Wlz-indicatie dus geen substituut voor zorg vanuit de Wmo en Zvw.

4.7 Keuzes van de cliënt

In de voorgaande paragrafen beschreven we de keuzes die de verschillende uitvoerders in de langdurige zorg (gemeenten, verzekeraars, CIZ en zorgkantoren) kunnen maken. De keuzes die cliënten maken, en hun reacties op de keuzes van de uitvoerders, spelen in het systeem ook een belangrijke rol.

Door de nieuwe regels, de financiële prikkels in het systeem en de bezuinigingen waar de hervormingen mee gepaard gaan kan de cliënt te maken krijgen met een zuiniger toekenning van zorg. De verwachte toename van de financiële risico's voor zorgverzekeraars kan dat effect nog doen toenemen. Wanneer een cliënt het niet eens is met de toekenning van zorg door de gemeente, kan hij bezwaar maken bij de gemeente of naar de rechter stappen.

Een ander punt is dat er door de prikkelstructuur en de verschillende keuzes die gemeenten maken verschillen tussen gemeenten kunnen ontstaan. Een cliënt in gemeente A kan bij dezelfde problemen en dezelfde inzet van de omgeving, meer zorg krijgen dan een cliënt in gemeente B. Wanneer verzekeraars voor hun eigen verzekerden zorg gaan inkopen, zouden ook grotere verschillen tussen verzekeraars kunnen ontstaan.

De cliënt kan op twee terreinen keuzes maken. Ten eerste kan de cliënt zijn gebruik, ofwel de realisatie van de zorgvraag, bijstellen. Doordat het nieuwe zorgsysteem ingewikkelder is geworden zouden cliënten in het uiterste geval niet uit zichzelf zorg kunnen aanvragen: zij kunnen de weg in de zorgwereld wellicht niet vinden. De huisarts zou hen in dat geval kunnen helpen en cliënten waar nodig doorverwijzen naar het wijkteam of een wijkverpleegkundige. Door veranderingen in de eigen bijdragen kan het gebruik zowel toe- als afnemen. Zo kunnen eventuele hogere eigen bijdragen voor huishoudelijke hulp het gebruik ervan verminderen, terwijl de afschaffing van de eigen bijdragen voor wijkverpleging de cliënt kan stimuleren meer van deze zorg te gebruiken, zelfs ten koste van zorg uit het domein van de Wmo of de Wlz. In hoeverre de eigen bijdrage bij de keuze van een individuele cliënt een rol speelt, zal onder meer afhangen van persoonlijke omstandigheden zoals inkomen, vermogen, woningbezit en het al dan niet hebben van een gezonde partner die niet mee verhuist naar een zorginstelling.

Ten tweede kan een cliënt die ontevreden is over de langdurige zorg die zijn zorgaanbieder of zorgverzekeraar hem biedt of vergoedt, een andere zorgaanbieder of zorgverzekeraar kiezen. Dat laatste is nieuw, want in het verleden viel de zorg onder de AWBZ en had de cliënt geen keuzevrijheid. Een keuze voor een andere gemeente, die betere zorg aanbiedt,

ligt minder voor de hand. Verhuizen als het zorgaanbod uit de Wmo niet bevalt, is in theorie natuurlijk mogelijk, maar is in de praktijk een erg grote stap.

4.8 Interviews

In de voorgaande paragrafen hebben we beredeneerd welke prikkels gemeenten, verzekeraars, CIZ en zorgkantoren in theorie hebben en welke keuzes zij op grond van die prikkels zouden kunnen maken. Om een eerste indruk te krijgen van de keuzes die zij daadwerkelijk maken onder het nieuwe systeem zijn in totaal tien gesprekken gevoerd met drie gemeenten verspreid over Nederland, de drie verzekeraars die de belangrijkste rol spelen in de regio's van die gemeenten, en vier zorgaanbieders. Een van de zorgaanbieders is landelijk actief, de andere drie hebben een duidelijke band met twee van de geïnterviewde gemeenten. In een van de gemeenten die we spraken was de zorgaanbieder die de belangrijkste rol speelt binnen die gemeente niet bereid om een gesprek te voeren. In beide andere gemeenten hebben we gesproken met zowel de gemeente zelf als een zorgverzekeraar als een of twee zorgaanbieders om een compleet beeld te krijgen. Bij twee van de geïnterviewde zorgverzekeraars was ook een vertegenwoordiger van het zorgkantoor aanwezig.
Twee van de geïnterviewde gemeenten hebben meer dan 100.000 inwoners. De derde gemeente is een middelgrote gemeente met 50.000-100.000 inwoners. De verzekeraars zijn alle drie grote spelers op de zorgverzekeringsmarkt met elk een marktaandeel boven de 12%. De drie zorgaanbieders die een duidelijke band hebben met de geïnterviewde gemeenten hebben alle drie een breed zorgaanbod; zij leveren zowel zorg die onder de Wmo valt (huishoudelijke hulp, begeleiding) als wijkverpleging en intramurale zorg. Hun regionale marktaandelen liggen tussen de 30% en 60% en elk van deze zorgaanbieders heeft een omzet boven de 100 miljoen euro. Ook de zorgaanbieder die landelijk actief is, is een grote speler met een omzet boven de 100 miljoen euro.
We hebben gebruikgemaakt van semigestructureerde interviews. Een vragenlijst vormde de leidraad voor het gesprek, maar de gesprekspartners konden ook andere thema's aangeven die zij van belang vonden. Daarnaast hebben we niet in alle gesprekken de volgorde van de vragenlijst aangehouden en liepen thema's soms door elkaar heen in het gesprek. In sommige interviews is vanwege tijdgebrek niet de gehele vragenlijst aan de orde gekomen. Bij tijdgebrek hebben we de focus gelegd op de thema's samenhang van zorgvormen en samenwerking. De gebruikte vragenlijsten zijn opgenomen in bijlage B.
Vanwege het beperkte aantal gesprekken kunnen de resultaten niet worden gegeneraliseerd. Bovendien staan veel gemeenten, verzekeraars en zorgaanbieders nog midden in het proces van keuzes maken; de gesprekken geven een momentopname, geen eindbeeld. Een aantal geïnterviewden gaf dan ook aan dat dit onderzoek beter in een later stadium had kunnen plaatsvinden, omdat de werking van het systeem nog niet uitgekristalliseerd is. De interviews geven een beeld van hoe enkele gemeenten, verzekeraars en zorgaanbieders op dit moment in de praktijk omgaan met de vraagstukken die op hen

afkomen. Verder kunnen de interviews informatie geven over praktische problemen die niet uit de voorgaande analyse naar voren zijn gekomen.
In deze paragraaf doen we verslag van de gesprekken en geven we de mening van de respondenten weer, zoals zij die tijdens het interview hebben verwoord. Deze mening zal mede beïnvloed zijn door hun positie en belangen. Vooral wanneer het gesprek gaat over risico's op ongewenst gedrag door de gesprekspartner, kan deze een sociaal wenselijk antwoord geven op de gestelde vragen.

Indicatiestelling

Alle bevraagde gemeenten proberen in het indicatieproces doelmatig om te gaan met zorg. De gemeenten hebben echter geen van alle expliciet beleid om nieuwe gevallen heel streng te indiceren. Zij kiezen eerder voor andere methoden om de te leveren zorg te beperken en zo te bezuinigen. Sommige gemeenten bekijken of bestaande cliënten met minder hulp toekunnen. Eén gemeente wijst bij het keukentafelgesprek op de eigen bijdrage, waardoor veel mensen al van Wmo-ondersteuning afzien volgens de gemeente. Een andere gemeente streeft ernaar dat mensen met een lichte zorgvraag binnen het wijkteam een korte behandeling krijgen, zodat zij deze mensen niet hoeft door te verwijzen naar aanbieders.[41] De derde gemeente geeft aan dat er minder aanvragen binnen lijken te komen omdat mensen wellicht denken dat het moeilijker is geworden om ondersteuning te krijgen. De geïnterviewde gemeenten proberen ook zelfredzaamheid te stimuleren. Een van de gemeenten geeft in bepaalde gevallen een indicatie voor beperkte tijd af en geeft de zorgaanbieder de opdracht om de cliënt zelfstandigheid aan te leren. De ondervraagde gemeenten zetten nog niet heel expliciet in op meer gebruik van algemene voorzieningen in plaats van maatwerkvoorzieningen. Dit kan wel een optie zijn om achter de hand te houden bij tekortschietende budgetten.[42] De gemeenten houden wel rekening met het mogelijk preventieve effect van tijdige ondersteuning.
Twee van de gemeenten die we gesproken hebben, houden de indicatiestelling vooral in eigen hand, al dan niet via het wijkteam.[43] De derde gemeente geeft de professionals in het wijkteam ook een belangrijke rol bij behandelen en indiceren (deze professionals die binnen het wijkteam indiceren en behandelen zijn vooral psychiaters en therapeuten).
Verzekeraars moeten de indicatiestelling voor wijkverpleging overlaten aan de wijkverpleegkundigen. De geïnterviewde verzekeraars hebben het idee dat de prikkels niet helemaal goed liggen, omdat wijkverpleegkundigen die streng indiceren en de zelfredzaamheid stimuleren de vraag naar hun eigen werk en dat van hun aanbieder laten

41 Mensen die voor zo'n korte behandeling in aanmerking komen, zijn bijvoorbeeld mensen met psychische problemen of opvoedproblemen; voor ouderen met behoefte aan ondersteuning is een korte behandeling door het wijkteam minder relevant.

42 Eén gemeente indiceert wel minder uren huishoudelijke hulp en verwijst vaker naar de was- en strijkservice.

43 Dit hoeft niet te betekenen dat het wijkteam alleen uit gemeenteambtenaren bestaat. In een van de gemeenten zitten geen aanbieders in het wijkteam, maar wel vertegenwoordigers van maatschappelijk werk, welzijn, MEE, mantelzorg en vrijwilligers.

afnemen. Ook een van de aanbieders die we hebben gesproken, benoemt dit als een mogelijk probleem.
Verzekeraars spreken plafonds af met de gecontracteerde zorgaanbieders. Eén zorgverzekeraar geeft aan dat het aantal geïndiceerde uren gemiddeld lager is na de verplichte herindicatie, de twee andere zorgverzekeraars hebben hier nog geen zicht op. Eén aanbieder vermeldt ook dat het aantal geïndiceerde uren lager is na herindicatie, met name doordat cliënten meer zelf gaan doen. Eén verzekeraar geeft aan dat het naar beneden bijstellen van een bestaande indicatie in de praktijk lastig is, omdat cliënten hun oude indicatie onder de AWBZ zien als een recht. De verzekeraars verschillen onderling in de mate waarin ze de inzet van hulpmiddelen stimuleren, zoals een aantrekhulp voor steunkousen.[44] Een van de verzekeraars is hier vrij actief in, een andere verzekeraar zegt juist expliciet dat hij de inzet van hulpmiddelen volledig overlaat aan de zorgaanbieders.
Op de indicatiestelling door het CIZ hebben we weinig zicht, omdat we geen uitgebreid contact met het CIZ hebben gehad over dit onderwerp. Een aantal gesprekspartners heeft aangegeven dat naar hun indruk het CIZ strenger indiceert in het nieuwe systeem. In een van de regio's zouden de gemeente en de zorgverzekeraar graag met het CIZ in gesprek gaan over de indicatiestelling.
Het CIZ geeft aan dat cliënten het verplichte persoonlijke contact bij de indicatiestelling, vaak in de vorm van een huisbezoek, erg waarderen. Ook helpt persoonlijk contact de cliënten de indicatie te accepteren, zelfs als het CIZ een lagere indicatie afgeeft dan gevraagd.

Inkoop

De drie gemeenten die we gesproken hebben, maken verschillende keuzes op het gebied van inkoop. Twee gemeenten gebruiken op het moment vooral nog een model waarbij per uur geleverde zorg wordt afgerekend, gecombineerd met een maximumbudget. Een van de gemeenten geeft aan bepaalde ondersteuning in combinatie in te kopen, zoals groepsbegeleiding en vervoer naar de locatie waar deze begeleiding plaatsvindt. De andere gemeente koopt de zorg die binnen het wijkteam wordt geleverd in op formatie: het aantal uren staat vast, maar de in die uren te leveren zorg is nog niet vastgelegd. De derde gemeente die we gesproken hebben, koopt de zorg in op resultaatgebied, bijvoorbeeld 'een schoon huis' of 'deelname aan de maatschappij', en keert voor elk resultaatgebied per cliënt een vast bedrag uit. De aanbieder is verder volledig vrij om te bepalen hoe hij het resultaat behaalt.
Verzekeraars hebben op dit moment weinig keuzemogelijkheden op het gebied van inkoop; zij hebben bijvoorbeeld weinig invloed op de contractvorm. Dat volgt uit de regel-

44 Medische hulpmiddelen voor behandeling, verpleging, revalidatie of verzorging zoals de aantrekhulp vallen onder de Zvw. Ze kunnen (deels) vergoed worden door de zorgverzekeraar. Hulpmiddelen om thuis zelfstandig te kunnen blijven wonen of om zich in huis en daarbuiten goed te kunnen verplaatsen vallen onder de Wmo 2015. Voorbeelden hiervan zijn een rolstoel, traplift of elektrische deuropener. Eenvoudige loophulpmiddelen zoals rollators worden niet meer vergoed.

geving, maar komt ook uit de gesprekken met verzekeraars duidelijk naar voren. Twee van hen geven aan dat ze komende jaren selectiever willen inkopen op kwaliteit en op innovatie in de zorg. Deze verzekeraars staan er ook voor open om contracten anders vorm te geven, bijvoorbeeld door prestatiebekostiging. Twee van de zorgaanbieders die we gesproken hebben, staan ook positief tegenover prestatiebekostiging, omdat dit hun meer vrijheid geeft de zorg efficiënt vorm te geven. Eén zorgaanbieder vindt resultaatbekostiging in theorie een heel mooi systeem omdat het de creativiteit stimuleert; ervaringen in een andere functie hebben de respondent echter geleerd hoe moeilijk het is resultaatbekostiging in de praktijk van de grond te krijgen. De laatste zorgaanbieder ziet de bekostiging vooral graag eenvoudig en duidelijk; er moet een duidelijk verband zijn tussen prestatie en betaling en het is prettig om zoveel mogelijk met één tarief te werken, omdat dat de verantwoordingslast beperkt. Deze aanbieder ziet weinig in afspraken over bijvoorbeeld een schoon huis als resultaat, omdat dat de aandacht afleidt van wat er gedaan kan worden om mensen mogelijk weer meer zelf te laten doen in het huishouden.
Twee zorgverzekeraars zijn er blij mee dat de inkoop in representatie verdwijnt en dat ze eigen accenten kunnen gaan leggen. De derde verzekeraar erkent dat een representatiemodel ingaat tegen het verzekeringsstelsel, maar wijst er ook op dat het vrijwel niet te voorkomen is dat verzekeraars op regioniveau met elkaar samenwerken om de zorg goed af te stemmen met de Wmo.

Eigen bijdrage

Twee zorgverzekeraars vinden het jammer dat er geen eigen bijdrage is voor de wijkverpleging. Zij verwachten dat een eigen bijdrage de vraag naar wijkverpleging zal remmen. Ook zal de cliënt door het ontbreken van een eigen bijdrage volgens hen minder geneigd zijn om over te stappen naar de Wlz (waar wel een eigen bijdrage geldt). Een van de verzekeraars zegt daarnaast dat het ontbreken van een eigen bijdrage de cliënt niet stimuleert om zelfredzaamheid te leren, vooral als hij of zij een eventueel benodigd hulpmiddel wel zelf moet betalen. Bij de derde verzekeraar is het thema eigen bijdrage vanwege tijdgebrek niet aan de orde gekomen.
Ook bij twee van de drie gemeenten is de eigen bijdrage tijdens het interview niet ter sprake gekomen. De derde gemeente ervaart enige problemen bij het vaststellen van de eigen bijdrage. Volgens de gemeente werd onder de AWBZ gerekend met een onrealistisch lage kostprijs voor zorg, waardoor de eigen bijdragen voor midden- en hogere inkomens relatief laag uitvielen. De gemeente hanteert sinds 2015 de werkelijke kostprijzen, waardoor sommige mensen nu opeens flink meer moeten betalen. De gemeente worstelt nu met de afweging tussen een realistische prijs en bescherming van haar inwoners tegen forse prijsstijgingen.

Leveringsvormen

Twee van de geïnterviewde gemeenten staan neutraal tegenover pgb’s en voeren geen specifiek ontmoedigings- of stimuleringsbeleid. De derde gemeente geeft aan dat in hun

regionale samenwerkingsverband verschillend over pgb's wordt gedacht. Een van de gemeenten benadrukt dat er een zorgplan moet worden opgesteld.
De mening van de zorgverzekeraars over pgb's loopt uiteen. Een van hen vindt pgb's een goed middel om de regie aan de cliënt te laten, passend binnen het nieuwe systeem van langdurige zorg. Een andere verzekeraar vindt dit ook, maar ziet als belangrijk nadeel dat hij de grip op de cliënt dan kwijtraakt en de samenwerking met de Wmo niet meer kan bevorderen. De derde verzekeraar is juist kritisch op de inzet van pgb's. Hij ziet pgb's vooral als uiterste middel om in te zetten bij onplanbare zorg, en zet vraagtekens bij de betaling van mantelzorgers uit het pgb. Twee verzekeraars geven naast deze overwegingen aan dat ze liever een cliënt met pgb hebben dan dat de cliënt zich beroept op artikel 13 van de Zvw en zonder overleg zorg inkoopt. Bij een pgb kan de verzekeraar de vinger aan de pols houden en stelt de client in overleg met de verzekeraar in ieder geval een zorgplan op.
Wat betreft de leveringsvormen in de Wlz zegt een van de aanbieders dat een modulair pakket thuis vaak lastig vorm te geven en in de praktijk vrijwel niet leverbaar is. Ook een van de zorgkantoren geeft aan dat aanbieders binnen de Wlz het liefst zien dat cliënten worden opgenomen in een instelling. Wlz-zorg aan huis brengt voor aanbieders meer administratie met zich mee. Een andere zorgaanbieder stelt juist dat thuis veel mogelijk is, ook voor Wlz-geïndiceerden. Bij de derde aanbieder staat het leveren van het volledig pakket thuis (vpt) en modulair pakket thuis (mpt) nog in de kinderschoenen, maar men verwacht dat hier een toekomst voor is. De vierde aanbieder die wij spraken, zou het liefst zien dat (vrijwel) alle instellingen voor permanente zorg worden gesloten; instellingen kunnen dienen als tijdelijke voorziening op weg naar herstel, maar verder zou de zorg beter thuis gegeven kunnen worden.

Relatie tussen Wmo en Zvw enerzijds en Wlz anderzijds

Al onze gesprekspartners geven aan dat er geen sprake is van een zo snel mogelijk doorverwijzen naar de Wlz. Vrijwel iedereen zegt dat de wensen van de cliënt centraal staan en dat gemeenten, zorgverzekeraars en aanbieders hier zoveel mogelijk aan tegemoet willen komen. De verzekeraars wijzen er daarnaast op dat de beslissing niet bij hen ligt, maar bij de wijkverpleegkundige. Een van de verzekeraars geeft daarbij aan dat er dilemma's kunnen ontstaan omdat het aantal uren wijkverpleging niet gemaximeerd is. Een cliënt die niet naar de Wlz wil, kan dus een extreem groot beroep op de wijkverpleging doen. De verzekeraar vindt dit een ongewenste situatie, maar uiteindelijk is het de wijkverpleegkundige die de beslissing moet nemen en er bij de cliënt op moet aandringen om een indicatie aan te vragen.
Een van de gemeenten geeft aan dat snel doorverwijzen naar de Wlz ook door het CIZ wordt tegengehouden. In de regio waar deze gemeente ligt lijkt het CIZ de toegang tot de Wlz streng te handhaven. Een andere gemeente noemt nog als praktisch punt dat het in sommige gevallen niet eenvoudig is te achterhalen of de cliënt überhaupt al een Wlz-indi catie heeft. Het CIZ mag dit volgens de gemeente vanwege privacyregels niet doorgeven, en de cliënt weet het soms zelf ook niet. Een gerelateerd probleem in de uitvoering dat door een van de gemeenten wordt benoemd, is dat de gemeente er vaak niet van op de hoogte

is dat er meerdere cliënten met een Wlz-indicatie bij één huishouden horen.[45]
De gemeente wil bij deze huishoudens graag een vinger aan de pols kunnen houden.
Twee gemeenten vinden dat de relatief lange beslistermijn voor de Wlz-indicatie in de praktijk onhandig kan zijn. Zolang de aanvraag loopt, zijn de gemeente en de verzekeraar samen verantwoordelijk voor de zorg voor de cliënt. Eén gemeente en een aanbieder geven aan dat de overgang naar de Wlz (in de vorm van een volledig of modulair pakket thuis) niet altijd naadloos gaat; in sommige gevallen kreeg de cliënt vanuit de Wmo en Zvw een ander pakket aan zorg dan waar hij met zijn geïndiceerde zorgzwaartepakket recht op heeft.
Een van de verzekeraars heeft een hogere toestroom van palliatief terminale cliënten dan op basis van de Zvw-budgetten gepland was. Het zorgkantoor in dezelfde regio heeft juist een lagere toestroom van palliatief terminale cliënten dan was voorzien en heeft hiervoor nog budget over. De verzekeraar en het zorgkantoor zouden hier graag wat kunnen schuiven met de budgetten. Wat betreft begeleiding en behandeling signaleert één van de aanbieders dat er bij de gemeenten onduidelijkheid lijkt te zijn over het verschil tussen de twee. Deze aanbieder noemt een teruggang van 50% in het volume van begeleiding.
De gemeenten, verzekeraars en zorgaanbieders die we gesproken hebben, investeren verschillend in het langer thuis wonen van cliënten. Een van de verzekeraars is samen met een van de geïnterviewde gemeenten actief op zoek naar mogelijkheden om cliënten langer thuis te laten wonen. De verzekeraar geeft daarbij aan dat sommige dingen, zoals het aanleren van zelfstandigheid bij ouderen, in praktisch opzicht nog in de kinderschoenen staan.
De andere geïnterviewde gemeenten en verzekeraars zijn minder actief op dit gebied.
Drie van de aanbieders hebben programma's lopen die erop gericht zijn ouderen langer thuis te laten wonen. Een van de aanbieders monitort bijvoorbeeld de leefstijl van ouderen door middel van sensoren in huis. Met behulp van patroonherkenning kan er worden gesignaleerd dat er iets mis is, en wordt direct alarm geslagen. De aanbieders geven wel aan dat de financiering van deze programma's vaak lastig is.

Relatie tussen Wmo en Zvw

Uit de gesprekken blijkt dat de relatie tussen gemeente en verzekeraar een zeer belangrijke rol speelt bij de afstemming van Wmo en wijkverpleging. Zo geven één gemeente en verzekeraar beide aan dat ze een goede werkrelatie hebben en proberen de Wmo en Zvw zo goed mogelijk op elkaar af te stemmen. Zij doen onder meer een proef om de indicatiestelling gezamenlijk te doen en daarmee een integraal zorgplan op te stellen in plaats van twee aparte plannen. Dit moet de 'knip' tussen Wmo en Zvw voor de cliënt zo klein mogelijk maken. Een andere gemeente geeft juist aan dat de relatie met de zorgverzekeraar niet zo goed is, en dat er onder andere spanning is over de taken van de wijkverpleegkundige (mag hij/zij wel of niet kleine huishoudelijke taken doen).
Ook aanbieders verschillen van mening over de mate waarin Wmo en Zvw op elkaar afgestemd dienen te worden. Eén aanbieder zou graag de Wmo en wijkverpleging zoveel

45 Dit zijn vooral huishoudens met psychiatrische problemen of licht verstandelijk gehandicapten.

mogelijk integreren, met één zorgplan en één regisseur per cliënt. Ook een tweede aanbieder laat weten dat hij met zo weinig mogelijk mensen over de vloer probeert te komen bij cliënten die zowel ondersteuning uit de Wmo als Zvw-zorg krijgen. Een andere aanbieder vindt het juist goed dat er een schot is en dat er een koppeling is tussen wat je doet en waar je voor wordt betaald.
Alle gemeenten noemen de opsplitsing van persoonlijke verzorging tussen Wmo en Zvw als een (potentieel) probleem. Ook hier weer lijken onderlinge verhoudingen een grote rol te spelen. Eén van de twee gemeenten die een goede verstandhouding hebben met de verzekeraar zegt dat de scheidslijn tussen Wmo en Zvw bij persoonlijke verzorging soms moeilijk te trekken is, maar dat zij in overleg met de verzekeraar altijd een oplossing weet te vinden. Ook in de andere gemeente die goede banden heeft met de verzekeraar is de opsplitsing geen probleem. Beide gemeenten geven wel aan dat ze in de regio soms andere geluiden horen. De derde gemeente, die een minder goede relatie heeft met de verzekeraar, ervaart de splitsing wel als een probleem. Zij vindt de wettelijke afbakening onduidelijk en vermoedt dat de wijkverpleegkundige bij twijfelgevallen bewust stuurt naar de Wmo om daarmee de opgelegde Zvw-korting te realiseren.
De meeste gesprekspartners hebben waardering voor de wijkverpleegkundigen die de verbinding tussen het sociaal domein en de wijkverpleging leggen (de zogenaamde s1-taken). Een van de gemeenten geeft hiervoor zelfs een aanvullende subsidie,[46] zodat s1-wijkverpleegkundigen in meer wijken kunnen worden ingezet. Een van de verzekeraars geeft aan dat hij de s1-taken weliswaar niet expliciet inkoopt in de vorm van s1-wijkverpleegkundigen, maar dat hij wel budget geeft aan de aanbieders om de verbinding te leggen. De aanbieders kunnen die verbinding dan zelf verder vormgeven. Een van de aanbieders vindt het niet zinnig om ‘verbinding leggen in de wijk’ als formele en apart gefinancierde taak te zien, en legt liever op informele wijze contacten. Overigens geven alle andere gesprekspartners aan dat een wijkverpleegkundige zich nooit fulltime bezighoudt met s1-taken. Doorgaans besteedt hij of zij een à twee dagen per week aan het onderhouden van contacten in de wijk; de rest van de werktijd verleent de wijkverpleegkundige zorg aan cliënten en behoudt zo het contact met het werkveld.
Eén verzekeraar signaleert dat het soms spanning geeft tussen verzekeraar en gemeente als een beslissing op een Wmo-aanvraag een aantal weken op zich laat wachten. Het komt dan weleens voor dat een wijkverpleegkundige Wmo-taken op zich neemt, zoals hulp bij de maaltijd. De verzekeraar erkent dat het goed is dat de wijkverpleegkundige de cliënt dan toch helpt, maar zou wel graag zien dat de betaling in deze gevallen goed geregeld wordt en de kosten niet eenzijdig bij de verzekeraar terechtkomen. Ook een van de aanbieders geeft aan dat gemeenten vaak een standaard Wmo-aanvraag starten als de wijkverpleegkundige constateert dat de cliënt ondersteuning vanuit de Wmo nodig heeft.
Het zou in deze gevallen vaak beter zijn als de aanvraag iets sneller zou verlopen.

46 De s1-taken worden normaal gesproken door de verzekeraars gefinancierd vanuit een apart rijksbudget.

4.9 Conclusie

Gemeenten, verzekeraars en de uitvoerders van de Wlz hebben in het nieuwe systeem van langdurige zorg te maken met diverse prikkels, zowel op financieel gebied als bij het afleggen van verantwoording. Intrinsieke motivatie kan deze prikkels zowel versterken als afzwakken. Gemeenten hebben een sterke financiële prikkel om binnen hun budget te blijven. Voor verzekeraars is de financiële prikkel op het moment beperkt; in de toekomst zal deze waarschijnlijk groter worden. Ook het CIZ en de zorgkantoren hebben slechts een beperkte financiële prikkel. Behalve financiële motieven zijn voor betrokkenen ook niet-financiele motieven van belang: gemeenten dienen verantwoording af te leggen aan hun burgers en verzekeraars moeten over het bedrijfsresultaat verantwoording afleggen aan hun aandeelhouders of leden van hun organisatie.
Deze prikkels, in combinatie met de wettelijke mogelijkheden en jurisprudentie, stimuleren de gemeenten, verzekeraars en uitvoerders van de Wlz tot het maken van bepaalde keuzes. In het nieuwe systeem zijn de meest uitgebreide keuzemogelijkheden weggelegd voor gemeenten (onder de Wmo 2015). Zij hebben veel wettelijke mogelijkheden om keuzes te maken met betrekking tot indicatiestelling en inkoop en organisatie van de zorg. Ook zijn gemeenten tot op zekere hoogte vrij om te bepalen waar zij hun Wmo-budget aan besteden; het geld is immers niet geoormerkt. Gezien de sterke financiële prikkel die gemeenten hebben tot budgetbeheersing, is het te verwachten dat zij de zorg zo doelmatig mogelijk in willen zetten. Dit blijkt ook uit gesprekken die we hebben gevoerd met drie gemeenten. De manier waarop zij de zorg precies vormgeven verschilt echter sterk tussen de drie gemeenten.
Verzekeraars hebben minder wettelijke keuzemogelijkheden dan gemeenten, mede doordat in de Zvw de zorgverleners (in dit geval wijkverpleegkundigen) een grote rol spelen bij de indicatiestelling. Ook met betrekking tot inkoop en bekostiging hebben verzekeraars nu nog weinig keuzemogelijkheden (en lopen ze ook weinig financieel risico), maar dat zal in de komende jaren veranderen. De drie verzekeraars die wij gesproken hebben, geven allen aan dat zij proberen binnen de huidige mogelijkheden de zorgaanbieders zoveel mogelijk te stimuleren tot doelmatige inzet van zorg, maar dat dit slechts in beperkte mate mogelijk is. Voor wijkverpleging gelden geen eigen betalingen. Twee verzekeraars geven in de interviews aan dat hierdoor een rem op de vraag naar wijkverpleging ontbreekt.
In het nieuwe systeem van langdurige zorg vervullen zorgkantoren en het CIZ min of meer dezelfde rol in de Wlz als eerder in de AWBZ. Zij hebben relatief weinig keuzemogelijkheden, omdat ze zich dienen te houden aan landelijke indicatierichtlijnen en inkoopmodellen. Wel heeft de indicatiestelling als toegang tot de Wlz een belangrijke invloed op de effectiviteit van het systeem: het CIZ kan er immers voor kiezen om scherper of minder scherp te indiceren en meer of minder moeite doen om de zorgbehoefte in kaart te brengen. Mogelijke ruimte in de indicatiestelling in de jaren vóór 2015 komt aan de orde in hoofdstuk 5 en 6.
De cliënt kan op twee terreinen keuzes maken. De cliënt kan door de ingewikkelder regelgeving of door andere eigen bijdragen zijn of haar gebruik bijstellen of afzien van zorg.

Ten tweede kan een cliënt uit ontevredenheid een andere zorgaanbieder of zorgverzekeraar kiezen.
In het nieuwe systeem van langdurige zorg zijn een aantal risico's te onderscheiden. We noemen hier de vier risico's waar veel cliënten mee te maken hebben of die vaak in de interviews naar voren kwamen. De sterke financiële prikkels die gemeenten hebben, kunnen hen stimuleren om de Wmo 2015 doelmatig in te vullen; gemeenten kunnen echter te zuinig aan doen en tot een onderaanbod van zorg komen. Het risico hierop is kleiner in de Zvw, onder andere doordat verzekeraars een zorgplicht hebben en de indicatie gesteld wordt door wijkverpleegkundigen, die werken volgens de regels die in hun beroepsgroep gelden. Een tweede risico is dat gemeenten (en zorgverzekeraars) mensen met een redelijk zware zorgbehoefte te snel doorsturen naar de Wlz. Ook dit risico lijkt voor gemeenten groter dan voor verzekeraars; gemeenten hebben financieel meer baat bij deze afwenteling en hebben meer mogelijkheden om deze in de praktijk te brengen dan verzekeraars. Het risico op afwenteling naar de Wlz wordt mede bepaald door de mate waarin het CIZ de landelijke indicatierichtlijnen voor de Wlz scherp kan toepassen. Gemeenten en verzekeraars geven in de gesprekken aan dat er van afwenteling naar de Wlz geen sprake is, maar omdat de financiële prikkel daartoe wel bestaat is dit toch een aandachtspunt. Een derde knelpunt is de positie van cliënten die persoonlijke verzorging nodig hebben zonder (risico op) behoefte aan geneeskundige zorg. Uit de interviews komt naar voren dat het voor gemeenten en verzekeraars niet altijd duidelijk is of de cliënt in de Wmo of de Zvw thuishoort. Soms komen gemeente en verzekeraar hier in goed overleg uit, maar het kan ook gebeuren dat de cliënt wordt doorgeschoven. Gezien de financiële prikkels in het systeem zijn gemeenten momenteel meer geneigd om dit te doen. In hoeverre verzekeraars tegenwicht kunnen bieden hangt af van de aanbieder van wijkverpleging. Het laatste risico is dat samenwerking tussen gemeenten en verzekeraars niet goed van de grond komt. Samenwerking is relevant voor investeringen, onder meer in preventie, waar zowel gemeenten als verzekeraars de vruchten van plukken; door goed samen te werken kunnen gemeenten en verzekeraars bovendien zorgen voor een efficiëntere zorgverlening aan cliënten die zowel van Wmo als wijkverpleging gebruikmaken. Uit de interviews blijkt dat gemeenten, verzekeraars en aanbieders alle op zoek zijn naar manieren om die samenwerking vorm te geven, maar dat zij veel nog praktisch moeten uitwerken omdat de hervorming nog maar kort geleden is doorgevoerd. Ook zal de samenwerking een andere vorm moeten krijgen wanneer de regels rondom de wijkverpleging veranderen en onder andere de inkoop in representatie vervalt.

5 Regionale verschillen in prevalentie van indicaties

In het voorgaande beschreven we de regelgeving die sinds de hervormingen begin 2015 van kracht is. Ook gingen we in op de veranderingen ten opzichte van de situatie vóór 2015. Centraal in onze analyse stonden de mogelijkheden die de betrokken partijen in theorie hebben om binnen deze regels hun eigen keuzes te maken, en de prikkels die zij bij hun keuzes ervaren. Betrokkenen zijn gemeenten, verzekeraars, zorgkantoren, het Centrum indicatiestelling zorg (ciz), zorgaanbieders en cliënten.

In dit hoofdstuk kijken we naar het recente verleden (2009-2012) en geven we een indruk van de ruimte die er destijds in de praktijk was voor dit soort keuzes. Hiertoe geven we een empirische beschrijving van de verschillen in prevalentie van zorg tussen zorgkantoorregio's in de periode 2009-2012. De prevalentie van zorg is het percentage personen in een gemeente of zorgkantoorregio dat in een jaar gebruikmaakt van ondersteuning of een indicatie voor zorg heeft. In de onderzochte periode ontvingen mensen zorg op basis van de toenmalige Wet maatschappelijke ondersteuning 2007 (Wmo) of kregen zij een indicatie voor zorg vanuit de toenmalige Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (awbz). In dit hoofdstuk gaan we eerst na in hoeverre we de waargenomen variatie in prevalenties tussen gemeenten en regio's kunnen verklaren aan de hand van behoefteverschillen van de bevolking, verschillen in gemeentekenmerken en jaareffecten. Behoeften schatten we via een model met behulp van onder andere demografische en sociaaleconomische kenmerken. Ook wanneer we met dit soort kenmerken rekening houden blijft er variatie tussen de regio's bestaan. Deze resterende variatie kan samenhangen met de invloed van achtergrondkenmerken waarvoor niet kon worden gecorrigeerd, met de invloed van de vraagcultuur, met beleid (vooral Wmo) en met de indicatiecultuur (vooral awbz). Dit laatste duidt op ruimte voor keuzes binnen de geldende regelgeving.

In principe bestuderen we in dit hoofdstuk indicaties voor zorg. Bij de Wmo analyseren we echter het zorggebruik, meer precies het gebruik van huishoudelijke hulp in natura. Indicatiegegevens over Wmo-voorzieningen zijn niet landelijk beschikbaar, evenmin als gegevens over het gebruik van persoonsgebonden budgetten (pgb's) en hulpmiddelen en vervoersvoorzieningen via de Wmo. Bij awbz-zorg onderscheiden we vier zorgtypen: persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding (individuele begeleiding en/of groepsbegeleiding) en intramurale zorg. De indicaties bij al deze zorgtypen zijn inclusief die met een voorkeur voor pgb. Voor deze zorgtypen wordt in hoofdstuk zes het verschil tussen indicaties en gebruik op individueel niveau geanalyseerd.

Voor het gemak spreken we in dit hoofdstuk vaak over cliënten, en doelen daarmee op gebruikers bij Wmo-voorzieningen en geïndiceerde personen bij awbz-voorzieningen.

Ook de Algemene Rekenkamer (ark) heeft recent onderzoek gedaan naar regionale verschillen in de zorg (ark 2015). Zij concluderen dat niet alle regionale verschillen in gebruik kunnen worden verklaard door objectieve factoren. Het onderzoek van de Algemene Rekenkamer verschilt echter in een aantal opzichten van ons onderzoek. Zo bestudeert de ark de extramurale awbz-zorg als geheel, en heeft hij niet de huishoudelijke hulp (Wmo)

geanalyseerd. Daarnaast werd de keuze voor verklarende achtergrondkenmerken beperkt door het ontbreken van gezondheidskenmerken op persoonsniveau (het analyseniveau in ARK 2015 en in hoofdstuk 6 van dit rapport); informatie over deze kenmerken is wel beschikbaar op gemeenteniveau (het analyseniveau in dit hoofdstuk).

5.1 Data en methoden

Voor dit onderzoek hebben we gebruikgemaakt van gegevens van het Centraal Administratiekantoor (CAK) en het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) over de periode 2009-2012, die deze instanties hebben geleverd op gemeenteniveau. Het CAK leverde de gegevens over het Wmo-gebruik en het CIZ de gegevens over het aantal geïndiceerde personen, onderverdeeld in personen met een voorkeur voor zorg in natura en personen met een voorkeur voor een persoonsgebonden budget (pgb). We bestuderen alleen de zorg voor volwassenen (18-plus); de jeugdzorg maakt geen deel uit van de analyses.
De 415 gemeenten volgens de gemeentelijke indeling van 2012 vormen de basis van de analyses.
In dit hoofdstuk wordt gekeken naar de bestaande gebruikers of geïndiceerden: alle personen die gedurende het jaar op enig moment zorg gebruikten of geïndiceerd waren. Daarnaast wordt ook gekeken naar de instroom (nieuwe cliënten). De instroom bestaat uit cliënten die het afgelopen halfjaar geen Wmo-voorziening of extra- of intramurale AWBZ-voorziening ontvingen.[47] In tabel 5.1 presenteren we voor 2012 het totale aantal gebruikers/geïndiceerden van de vijf onderscheiden zorgtypen en het aantal nieuwe cliënten voor huishoudelijke hulp uit de Wmo en voor twee grote groepen AWBZ-voorzieningen: extramurale en intramurale zorg.[48]

Bijna 450.000 personen maakten in 2012 gebruik van een individuele Wmo-voorziening voor huishoudelijke hulp. Het aantal nieuwe gebruikers van huishoudelijke hulp was 65.000. Er zijn ruim 440.000 extramuraal geïndiceerde personen, onder wie de groep met persoonlijke verzorging de grootste is, gevolgd door mensen met begeleiding. De groep intramuraal geïndiceerden is met ruim 340.000 ongeveer 100.000 personen kleiner dan de extramurale groep. Er is een hoge instroom van ruim 200.000 extramurale cliënten. Ook de verhouding tussen nieuwe cliënten en bestaande cliënten is bij extramurale AWBZ-voorzieningen het hoogst.
Het was de bedoeling dat we ook de gebruikers van de Wmo-voorziening ‘hulpmiddelen en voorzieningen’ in het onderzoek zouden betrekken. Door dataproblemen bleek dit niet mogelijk.[49]

47 Voor de exacte definitie van instroom zie Van der Torre en Putman (2015).
48 Deze aantallen zijn inclusief de cliëntenstromen tussen extra- en intramurale zorg.
49 De data voor deze groep bleken niet volledig, omdat gemeenten in de onderzochte periode niet altijd eigen bijdragen in rekening brachten of aan het CAK doorgaven en dus de beschikbare CAK-gegevens niet compleet waren. Bovendien werd in de administratie van het CAK in de betreffende periode nog

In dit onderzoek beschouwen we alleen aantallen geïndiceerde personen of gebruikers. Er wordt geen onderscheid gemaakt in aantal uren zorg, grondslag of, bij intramurale zorg, zorgzwaarte.
Per gemeente relateren we de prevalenties (cliënten als percentage van de bevolking van 18 jaar of ouder) aan diverse achtergrondkenmerken, namelijk: gezondheidskenmerken uit de Gezondheidsmonitor 2012,[50] demografische variabelen, sociaaleconomische variabelen en geografische variabelen (zie tabel 5.2 en voor een nadere bespreking bijlage C). De keuze van de achtergrondvariabelen is gebaseerd op diverse andere onderzoeken. Zie APE (2012), ARK (2015) en Eggink et al. (2012).

Tabel 5.1
Gebruikers van Wmo-voorzieningen en geïndiceerden voor AWBZ-voorzieningen, 2012 (jaarcijfers in aantallen x 1000)

unieke gebruikers individuele Wmo-voorziening	
huishoudelijke hulp	447
instroom huishoudelijke hulp	65
unieke geïndiceerde personen per AWBZ-zorgtype	
extramurale persoonlijke verzorging	276
extramurale verpleging	138
extramurale begeleiding	214
totaal extramuraal[a]	443
totaal intramuraal	343
instroom totaal extramuraal[b]	201
instroom totaal intramuraal[c]	102

a De som voor de afzonderlijke extramurale zorgtypen is groter dan het totaal voor de extramurale zorg vanwege overlap (er zijn bv. personen die zowel persoonlijke verzorging als verpleging ontvangen).
b Inclusief doorstroom van intramuraal naar extramuraal.
c Inclusief doorstroom van extramuraal naar intramuraal. De lagere ZZP's waren in 2012 nog niet afgeschaft.

Bron: CAK en CIZ, SCP/CPB-bewerking

Verder houden we rekening met mogelijke verschillen tussen de onderzochte jaren (2009-2012).[51] Informatie over het aanbod van intramurale voorzieningen (aantal bedden

geen onderscheid gemaakt tussen de registratie van hulpmiddelen en voorzieningen in natura en die van het bruto pgb.

50 Deze wordt opgesteld door het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en de Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (GGD'en).

51 Dat doen we door gebruik te maken van 'jaardummy's', wat statistisch jargon is voor variabelen die de waarde 1 hebben in één jaar en 0 in andere jaren.

per gemeente of regio) was niet op tijd beschikbaar en kon daarom niet worden meegenomen in de analyse. Wachtlijstgegevens op gemeenteniveau voor Wmo- en extramurale AWBZ-voorzieningen waren evenmin beschikbaar. Het aanbod kan een grote invloed hebben op het zorggebruik. De remmende of stimulerende werking van een klein dan wel groot aanbod komt door weglaten van die informatie tot uiting in de regionale verschillen.

We maken gebruik van gemeentelijke gegevens voor vier jaren (panel). In totaal zijn er 1660 waarnemingen, vier in elk van de 415 gemeenten.

In de analyses is gewogen met gemeentelijke bevolkingsaantallen (personen van 18 jaar of ouder); immers: in een stad als Amsterdam is het bevolkingsaantal groter dan in een gemeente op het platteland en moet daarom in de analyses sterker worden meegerekend. Weging is in overeenstemming met de methode van hoofdstuk 6, waar gewerkt wordt met een microdatabestand op persoonsniveau.

Tabel 5.2
Achtergrondvariabelen voor zorgprevalenties op gemeenteniveau[a]

gezondheidsvariabelen[b]
personen met een goede of zeer goede algemene gezondheid
personen met ten minste één langdurige aandoening
personen met ten minste één lichamelijke beperking
personen die mantelzorg geven
demografische variabelen
personen van ≥ 75 jaar
personen van ≥ 75 jaar die in een eenpersoonshuishouden wonen
niet-westerse immigranten van de eerste of tweede generatie
sociaaleconomische variabelen
personen met een lage opleiding
personen met een inkomen onder de lage-inkomensgrens[c]
gemiddelde woz-waarde woningen[d]
geografische variabelen
gemeentegrootte in acht klassen (1 = minder dan 5.000 inwoners,...., 8 = 250.000 inwoners of meer)
stedelijkheidsmaat in vijf klassen (1 = zeer sterk stedelijk,....., 5 = niet stedelijk)

a Zie ook bijlage C. Met personen bedoelen we telkens het percentage van de bevolking van 18 jaar of ouder.
b De gezondheidsvariabelen gelden voor personen van 19-64 jaar.
c De CBS-maat voor lage inkomens is gehanteerd. De reden om niet de SCP-maat te hanteren is dat niet voor alle jaren direct gegevens voorhanden zijn volgens de gemeentelijke indeling 2012. De correlatie tussen beide maten voor de wel beschikbare jaren is hoog.
d Indicatie van vermogen.

Bron: SCP/CPB

5.2 Resultaten

5.2.1 Verklaring van prevalentie van gebruik en indicaties

Prevalenties (zorgcliënten als percentage van de bevolking van 18 jaar of ouder) verschillen per gemeente en zorgkantoorregio. Door de invloed van objectieve kenmerken (zie tabel 5.2) weg te nemen uit de prevalenties, vinden we de regionale variatie die mogelijk keuzevrijheid biedt aan de verschillende partijen. Dit noemen we de gecorrigeerde prevalenties. De modellen waarmee de correcties worden uitgevoerd, zijn beschreven in bijlage D. In bijlage E worden de modelschattingen vermeld.[52] Voor we ingaan op de verschillen tussen zorgkantoorregio's voor en na correcties, bespreken we eerst kort de modeluitkomsten voor alle in tabel 5.1 genoemde zorgtypen (zes uitkomsten voor bestaande cliënten, inclusief de totale groep extramurale AWBZ-cliënten, en drie voor instroom van nieuwe cliënten). Per groep van verklarende variabelen – achtereenvolgens gezondheidsvariabelen, geografische variabelen, demografische variabelen, sociaaleconomische variabelen en jaarvariabelen – beschrijven we het effect op de geobserveerde prevalenties. Voor theoretische en empirische achtergronden van verwachte effecten kan geput worden uit een groot aantal publicaties. Met name is er literatuur over verklaringen van gebruik op persoonsniveau. Voorbeelden daarvan voor de Nederlandse situatie zijn de in paragraaf 5.1 genoemde studies APE (2012), ARK (2015) en Eggink et al. (2012). Maar ook anderen, zoals Plaisier en De Klerk (2015) bestuderen de achtergronden van zorggebruik. De resultaten die hier gepresenteerd worden, stemmen overeen met de resultaten uit deze literatuur.

Gezondheidsvariabelen

Naarmate minder mensen langdurige aandoeningen of lichamelijke beperkingen kennen, is de zorgprevalentie in een gemeente, zoals verwacht, meestal kleiner. Dat een groter aandeel mensen met een goede gezondheid eveneens tot een lagere zorgprevalentie leidt, is niet altijd aantoonbaar.
Een hoog percentage personen die mantelzorg geven in een gemeente hangt bijna altijd samen met een lagere zorgprevalentie. Ook dit is volgens verwachting.

Geografische variabelen

Hoe groter de gemeente, hoe hoger meestal de zorgprevalentie. Dit verband is alleen bij verpleging en de instroom bij huishoudelijke hulp niet aantoonbaar sterk. Een lagere stedelijkheidsgraad (meer inwoners per vierkante kilometer) heeft meestal een duidelijk verhogend effect op de zorgprevalenties.[53]

52 In deze bijlage staan geschatte coëfficiënten en z-waarden (een maat voor statistische significantie) voor de opgenomen verklarende variabelen, evenals de verklaringsgraad.

53 In Eggink et al. (2012) correspondeert het wonen in een stedelijk gebied juist met veel zorggebruik. Dit afwijkende effect komt vermoedelijk doordat de omvang van de gemeente in Eggink et al. (2012) niet is opgenomen als verklarende variabele.

Demografische variabelen

Een hoog percentage ouderen, de groep van 75 jaar of ouder, in een gemeente leidt zoals verwacht bijna altijd tot hogere zorgprevalenties. Dat geldt vaak ook voor een hoog percentage alleenstaanden onder dezelfde leeftijdsgroep: zij hebben geen partner die hen kan bijstaan (ARK 2015; Eggink et al. 2012; Geerts et al. 2012; Plaisier en De Klerk 2015). Een hoog percentage niet-westerse migranten gaat meestal samen met lage prevalenties, zie bijvoorbeeld ARK (2015). Alleen bij de instroom in huishoudelijke hulp en in de intramurale zorg is dat laatste effect onzeker.

Sociaaleconomische variabelen

Een hoog aandeel laagopgeleiden gaat bij persoonlijke verzorging gepaard met hogere en bij begeleiding met lagere prevalenties.[54] Een groot aantal lage inkomens in een gemeente gaat altijd samen met hoge prevalenties, terwijl een hoge gemiddelde WOZ-waarde juist leidt tot lage prevalenties, behalve bij intramurale zorg. Ook andere onderzoeken vinden een negatieve relatie tussen inkomen en zorggebruik (ARK 2015; Eggink et al. 2012; Plaisier en De Klerk 2015).

Jaarvariabelen

Bij huishoudelijke hulp en verpleging is er sprake van een negatieve trend. Daar nemen de prevalenties, gegeven de andere kenmerken, elk jaar af. Bij de andere zorgtypen is het beeld wisselend; in de periode 2009-2012 zijn er zowel jaren waarin de zorg structureel hoger ligt dan het jaar ervoor, als jaren waarin die zorg structureel lager ligt. Plaisier en De Klerk (2015) laten zien dat de veranderingen in de extramurale AWBZ-zorg tussen 2004 en 2011 vooral zijn toe te schrijven aan de vergrijzing van de bevolking. De jaarvariabelen spelen een significante rol in de verklaring van de prevalenties.

De opgenomen kenmerken en de jaareffecten hangen sterk samen met de variatie tussen gemeenten en over de tijd: de mate waarin de variatie is toe te schrijven aan de gebruikte gemeentelijke kenmerken en jaareffecten, de verklaringsgraad, is hoog. Bij de totale huishoudelijke hulp en de totale extramurale zorg variëren de verklaringsgraden tussen 0,61 en 0,71.[55] De verklaringsgraden bij nieuwe huishoudelijke hulp en nieuwe extramurale zorg zijn respectievelijk 0,56 en 0,74. Bij intramurale zorg is de verklaringsgraad (iets) lager: 0,34 bij alle en 0,50 bij nieuwe cliënten. Dat de verklaringsgraden bij intramurale zorg niet zo hoog zijn, kan verschillende oorzaken hebben. Ten eerste kunnen niet meegenomen aanbodfactoren een rol spelen, zoals het aanbod van bedden of hoe aantrekkelijk de geboden zorg is. Vooral bij specialistische intramurale zorg is het aanbod van geschikte locaties

54 Wellicht dat laagopgeleiden minder goed de weg weten te vinden naar begeleiding dan naar persoonlijke verzorging en verpleging. Een negatief verband vindt het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) namelijk ook bij jeugdzorg (Ras 2014), die voor het grootste deel uit begeleiding bestaat.

55 Gehanteerd is de gekwadrateerde correlatiecoëfficiënt R^2, die 0 is bij 0% verklaring en 1 bij 100% verklaring.

van belang bij de keuze voor deze zorg. Ten tweede komen de adressen van personen in zorginstellingen vaak niet meer overeen met die van de gemeente waar iemand oorspronkelijk vandaan komt. De oorspronkelijke gemeente krijgt dan een lagere prevalentie dan men op basis van de achtergrondfactoren zou verwachten, terwijl de gemeente waar de instelling gevestigd is, een hogere prevalentie krijgt. Dat laatste speelt vooral bij bestaande cliënten. Bij hen is de verklaringsgraad dan ook het laagst. Ten derde is het mogelijk lastiger om vast te stellen of iemand al dan niet intramurale zorg nodig heeft, dan bij de extramurale zorg.

5.2.2 Variatie in prevalentie van gebruik en indicaties

Variatie in ongecorrigeerde en gecorrigeerde prevalenties

Na het corrigeren van prevalenties voor achtergrondkenmerken, kunnen we ingaan op gemeentelijke en regionale verschillen voor en na deze correcties. Deze bespreken we in tabel 5.3 aan de hand van een variatiemaatstaf (standaarddeviatie). Hiertoe is de gemeentelijke variatie (gecorrigeerd en ongecorrigeerd) samengevoegd per regio. Deze tabel geeft nader inzicht in hoe goed we met de achtergrondkenmerken de regionale variatie in prevalenties kunnen verklaren. We gaan later in op mogelijke verschillen tussen zorgtypen.
In tabel 5.3 zien we dat de gemiddelde prevalentie bij huishoudelijke hulp 3,35 personen is (zie kolom 1); dit wil zeggen dat gemiddeld op elke 100 volwassen inwoners er 3,35 huishoudelijke hulp gebruiken. De waargenomen variatie[56] in deze prevalentie is op gemeenteniveau 0,75 (zie kolom 2). Kolom 3 laat zien dat wanneer we corrigeren voor gemeentelijke kenmerken de variatie in huishoudelijke hulp vermindert tot 0,45. We kunnen met de achtergrondfactoren dus een gedeelte van de waargenomen variatie wegnemen. In de kolommen 4, 5 en 6 geven we dezelfde cijfers voor regionale variatie. Wat van belang is in deze tabel is niet de absolute hoogte van de variatie maar de verschillen in variatie tussen de niet (waargenomen) en wel gecorrigeerde prevalenties.
Bij elk van de zorgtypen zien we dat we een gedeelte van de waargenomen variatie kunnen wegnemen. Dat geldt zowel op gemeenteniveau als op regioniveau (vergelijk de kolommen 2 en 3 voor gemeenten en de kolommen 5 en 6 voor zorgkantoorregio's). Corrigeren voor achtergrondvariabelen doet gemeentelijke verschillen en regionale verschillen dus afnemen.
Bij bestaande intramurale zorg nemen de regionale verschillen door het corrigeren relatief minder sterk af dan bij bestaande extramurale zorg. Vergelijk de regionale vermindering van 0,27 naar 0,16 bij intramurale zorg met die van 0,60 naar 0,24 bij extramurale zorg. Die laatste daling is relatief groter. Dat komt door de grotere verklaringsgraad van het corrigerende model bij extramurale zorg.

56 Als maat is gekozen voor de standaarddeviatie, die min of meer de gemiddelde afwijking van het gemiddelde bedraagt.

Tabel 5.3

Gemiddelde prevalentie en variatie in prevalentie op gemeenteniveau en zorgkantoorregioniveau, 2009-2012[a]

	gemeenten			regio's		
	gemiddelde prevalentie	waargenomen variatie	gecorrigeerde variatie	gemiddelde prevalentie	waargenomen variatie	gecorrigeerde variatie
gebruik Wmo						
huishoudelijke hulp	3,35	0,75	0,45	3,35	0,49	0,17
instroom huishoudelijke hulp	0,58	0,15	0,10	0,58	0,08	0,04
indicaties AWBZ						
persoonlijke verzorging	1,94	0,49	0,28	1,94	0,39	0,16
verpleging	1,00	0,25	0,15	1,00	0,20	0,08
begeleiding	1,54	0,41	0,24	1,54	0,29	0,14
totaal extramuraal[b]	3,15	0,73	0,39	3,15	0,60	0,24
totaal intramuraal	2,52	0,73	0,59	2,52	0,27	0,16
instroom totaal extramuraal	1,61	0,35	0,18	1,61	0,28	0,10
instroom totaal intramuraal	0,84	0,22	0,15	0,84	0,11	0,06

a Variatie uitgedrukt in met bevolkingsaantallen (personen van 18 jaar of ouder) gewogen standaarddeviatie van de zorgprevalentie.

b Op basis van een apart model voor extramurale zorg.

Bron: CAK-gegevens 2008-2012 en CIZ-gegevens 2008-2013, bewerking SCP/CPB

Verder valt op dat zowel de waargenomen als de gecorrigeerde variaties op regioniveau veel kleiner zijn dan op gemeenteniveau. Dat komt doordat gemeentelijke verschillen maar voor een deel regionaal zijn gebonden, dat wil zeggen dat deze verschillen deels tegen elkaar wegvallen op regionaal niveau.

De uitkomsten betekenen dat een deel van de verschillen in zorgprevalentie tussen gemeenten en zorgregio's verklaard kan worden uit de opgenomen achtergrondkenmerken, maar niet alles. Er blijft nog flink wat variatie over. Deze kan worden veroorzaakt door niet meegenomen corrigerende variabelen, zoals aanbodfactoren en variabelen voor de vraagcultuur, door beleidsverschillen (Wmo) en indicatiecultuur/-beleid (AWBZ) en natuurlijk door toeval. Bij vraagcultuur kan men denken aan de heersende opvattingen over zelf regelen versus steun zoeken bij de overheid bij het oplossen van problemen. Omdat indiceerders niet losstaan van de omgeving waarin zij indiceren, kan het zijn dat de vraagcultuur de manier van indiceren (indicatiecultuur) beïnvloedt.

We hebben in tabel 5.3 de nadruk gelegd op de verschillen tussen variaties voor ongecorrigeerde en gecorrigeerde prevalenties. Die tabel leent zich minder goed om zorgtypen met elkaar te vergelijken. Immers, zorgtypen met een lage gemiddelde prevalentie kennen meestal ook een lage variatie. Om vergelijkingen tussen zorgtypen toch mogelijk te maken presenteren we in tabel 5.4 een andere maat: de relatieve gecorrigeerde prevalentie. Deze maat weerspiegelt het *aandeel* van de variatie dat niet door de achtergrondkenmerken wordt weggenomen.[57] Daardoor wordt de variatie beter vergelijkbaar tussen zorgtypen. We presenteren de relatieve gecorrigeerde prevalentie in tabel 5.4 zowel op gemeenteniveau als op het niveau van zorgkantoorregio's. Deze maat is in de eerste plaats nuttig om de verschillen tussen zorgtypen weer te geven. Om de absolute kracht van de corrigerende modellen aan te geven is de eerder besproken verklaringsgraad geschikter.

Tabel 5.4 laat zien dat op gemeenteniveau de variatie in de relatieve gecorrigeerde prevalenties bij bestaande huishoudelijke hulp ongeveer gelijk is aan die bij het totaal van de bestaande extramurale zorg. Kijken we naar nieuwe zorg (instroom), dan is de variatie bij huishoudelijke hulp groter en die bij extramurale zorg kleiner dan bij de soortgelijke bestaande zorg. Op regioniveau is in grote lijnen hetzelfde patroon waarneembaar, zij het dat daar bestaande extramurale zorg een hogere variatie kent dan huishoudelijke hulp. Een mogelijke verklaring is dat gemeenten onder de oude Wmo bij nieuwe cliënten voor huishoudelijke hulp meer gebruik zijn gaan maken van hun beleidsvrijheid en dat regio's dat bij nieuwe cliënten voor extramurale zorg dat niet zijn gaan doen.

De variatie bij huishoudelijke hulp en bij de zorgtypen binnen de extramurale zorg zijn veel lager als we kijken naar regio's. Voor huishoudelijke hulp komt dit wellicht doordat verschillen in beleid tussen gemeenten in een regio worden weggemiddeld. Die veel kleinere verschillen op regioniveau dan op gemeenteniveau zien we ook terug bij bestaande intramurale zorg. De eerder genoemde adressenproblematiek (zie § 5.2.1) vormt hier een verklaring. De adressenproblematiek speelt bij regio's een minder grote rol. Verder is het ook

57 In statistische termen is de relatieve gecorrigeerde prevalentie het residu gedeeld door de waargenomen waarde.

mogelijk dat het ontbreken van aanbodfactoren (aantal bedden) op gemeenteniveau meer invloed heeft dan op regioniveau omdat verschillen in aanbod op regioniveau elkaar deels wegmiddelen.

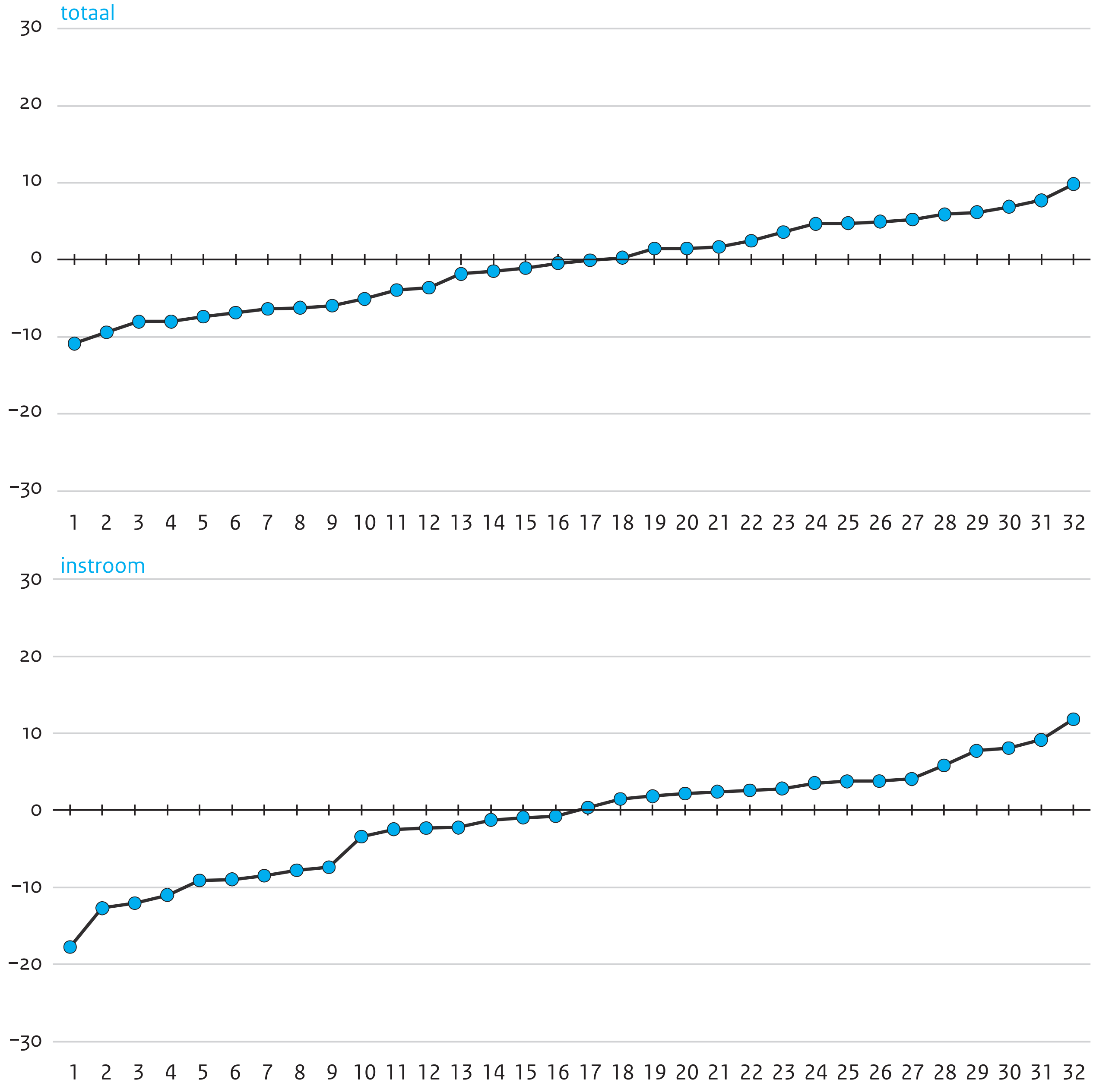
Tabel 5.4
Variatie in relatieve gecorrigeerde prevalenties op gemeenteniveau en zorgkantoorregioniveau, 2009-2012[a]

	gemeenteniveau	regioniveau
gebruik		
huishoudelijke hulp	0,14	0,05
instroom huishoudelijke hulp	0,26	0,07
indicaties		
persoonlijke verzorging	0,15	0,09
verpleging	0,17	0,09
begeleiding	0,17	0,10
totaal extramuraal [b]	0,13	0,08
totaal intramuraal	0,21	0,06
instroom totaal extramuraal	0,11	0,07
instroom totaal intramuraal	0,15	0,07

a Variatie uitgedrukt in met bevolkingsaantallen (personen van 18 jaar of ouder) gewogen standaarddeviatie van de relatieve gecorrigeerde prevalenties (onverklaarde of gecorrigeerde zorgprevalentie als percentage van de op basis van het model voorspelde zorgprevalentie).
b Op basis van een apart model voor extramurale zorg.

Bron: CAK-gegevens 2008-2012 en CIZ-gegevens 2008-2013, bewerking SCP/CPB

Figuur 5.1
Huishoudelijke hulp: relatieve gecorrigeerde prevalenties[a] per regio (in procentpunten)



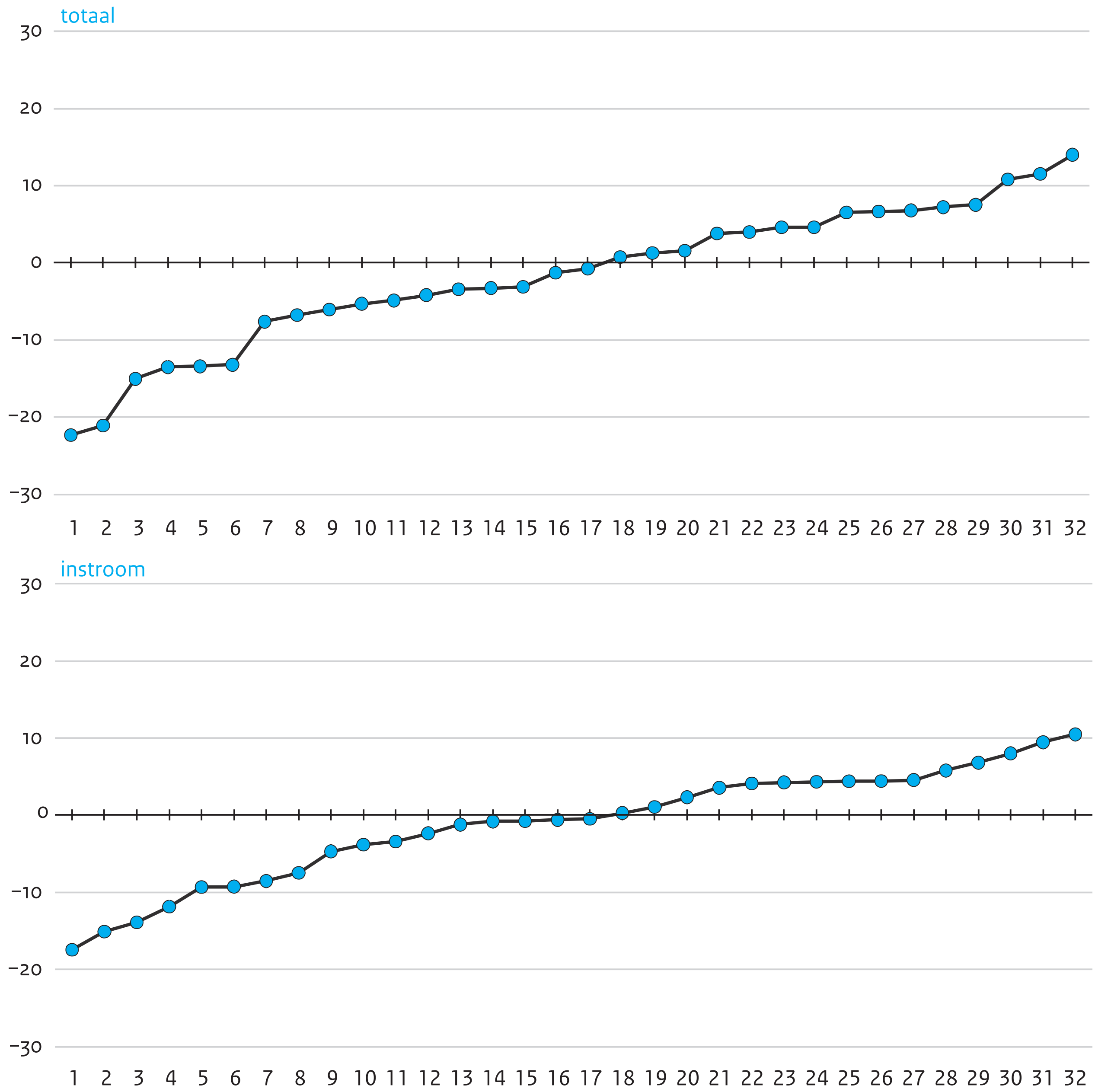
a Relatieve gecorrigeerde prevalenties zijn de gecorrigeerde prevalenties als percentage van de niet-gecorrigeerde prevalenties.

Bron: CAK-gegevens 2008-2012 en CBS-StatLine, SCP/CPB-bewerking

Om meer inzicht in de overblijvende regionale variatie te geven, hebben we in de figuren 5.1, 5.2 en 5.3 de relatieve gecorrigeerde prevalenties per regio grafisch gepresenteerd voor respectievelijk huishoudelijke hulp, extramurale zorg en intramurale zorg. Elke figuur toont deze prevalenties apart voor bestaande en nieuwe zorg. Deze relatieve gecorrigeerde prevalenties zijn gerangschikt naar grootte. De volgorde van de regio's verschilt per zorgvorm en ook voor bestaande en nieuwe cliënten (instroom).

Figuur 5.2

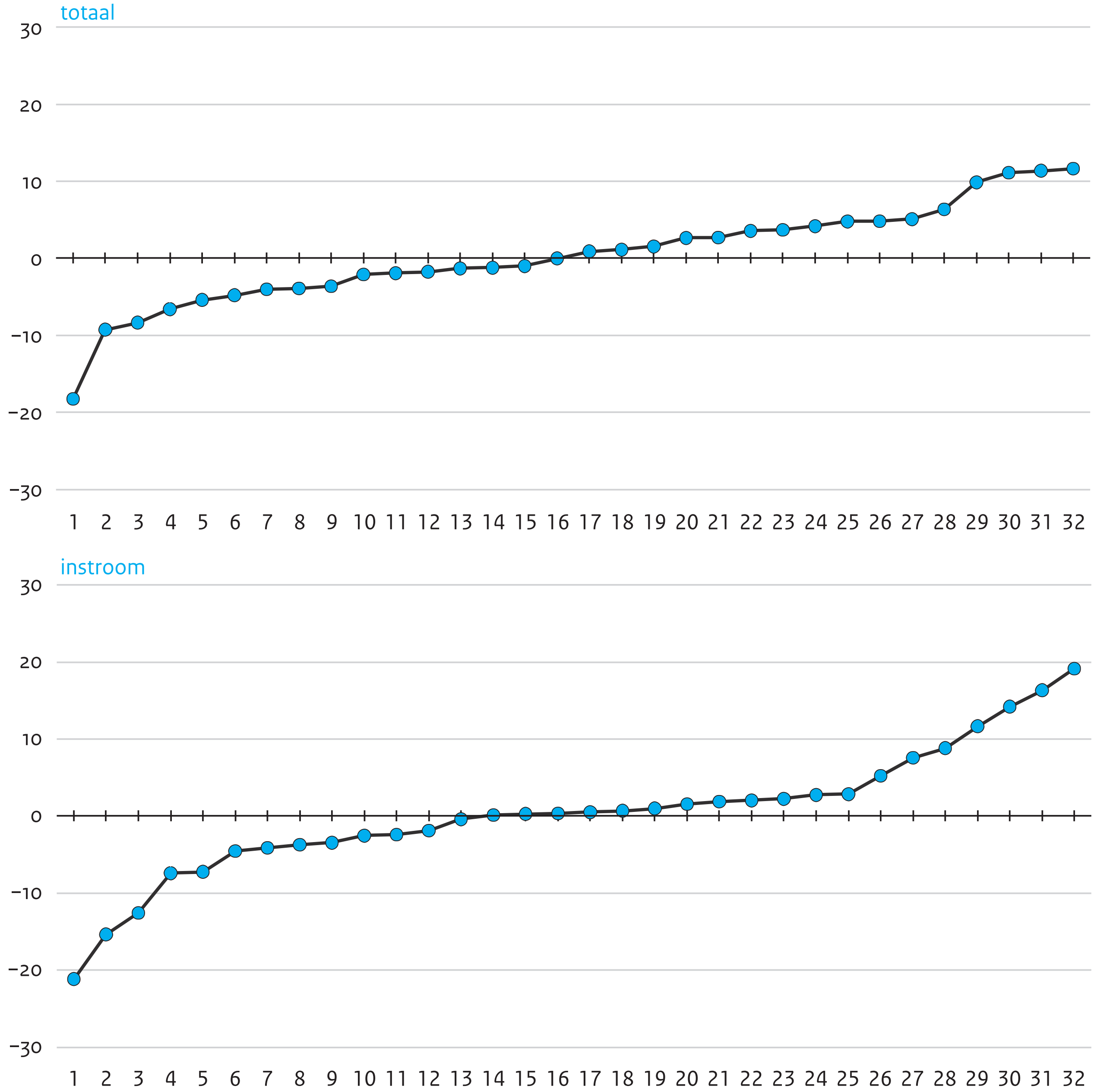
Extramurale zorg: relatieve gecorrigeerde prevalenties[a] per regio (in procentpunten)



a Relatieve gecorrigeerde prevalenties zijn de gecorrigeerde prevalenties als percentage van de niet-gecorrigeerde prevalenties.

Bron: CIZ-gegevens 2008-2013 en CBS-StatLine, SCP/CPB-bewerking

Figuur 5.3
Intramurale zorg: relatieve gecorrigeerde prevalenties[a] per regio (in procentpunten)



a Relatieve gecorrigeerde prevalenties zijn de gecorrigeerde prevalenties als percentage van de niet-gecorrigeerde prevalenties.

Bron: CIZ-gegevens 2008-2013 en CBS-StatLine, SCP/CPB-bewerking

Op het eerste gezicht lijken de plaatjes op elkaar. Verschillen zitten in de uiteinden (eventuele grote afwijkingen die duiden op afwijkende regio's) en in het midden (eventueel veel regio's die nauwelijks van het gemiddelde afwijken).
Bij huishoudelijke hulp varieert het aandeel van de prevalentie dat niet door de achtergrondkenmerken kan worden verklaard, aanzienlijk tussen de regio's. In de regio waar dit aandeel het grootst is, ligt het 10% boven het gemiddelde; in de regio waar dit aandeel het laagst is, ligt het 11% onder het gemiddelde. Deze percentages liggen bij indicaties voor

extramurale zorg op –22% en +14%, terwijl deze bij indicaties voor intramurale zorg liggen op –18% en +12%.
Bij de instroom van huishoudelijke hulp blijkt de relatieve gecorrigeerde prevalentie te lopen van –18% tot +12%. Deze grotere bandbreedte spoort met de grotere variaties uit tabel 5.4, maar wordt wel beïnvloed door één regio waar de relatieve gecorrigeerde prevalentie laag is (–18%).
Hoewel de bandbreedte bij bestaande extramurale zorg iets groter is dan bij huishoudelijke hulp, zijn de uitbijters aan de uiteinden minder sterk, wat voldoende is om toch een bijna gelijke variatie op te leveren (tabel 5.4).
Bij de intramurale zorg lijken de figuren meer dan bij de andere zorgvormen op een S-vorm. Er zijn veel regio's waar de relatieve prevalentie vlak bij de gemiddelde relatieve prevalentie ligt, maar er zijn ook een aantal regio's waar de prevalentie juist sterker afwijkt. Dat resulteert vooral bij de instroom in een erg grote bandbreedte. Deze grote bandbreedte leidt niet tot een erg grote variatie (tabel 5.4), omdat de uitschieters worden gecompenseerd door vrij veel prevalenties vlak rond het gemiddelde.

5.3 Conclusie

Dit hoofdstuk laat zien dat er in de periode 2009-2012 bij huishoudelijke hulp uit de Wmo en bij intra- en extramurale AWBZ-zorg regionale verschillen waren in zorgprevalentie tussen zorgkantoorregio's. Bij de huishoudelijke hulp is de analyse gebaseerd op gebruiksgegevens en bij de bij AWBZ-zorg op indicatiegegevens. De prevalenties van gebruik en indicaties zijn gecorrigeerd voor een groot aantal achtergrondkenmerken. We geven hier de achtergrondkenmerken weer die bij de onderscheiden zorgtypen meestal een statistisch aantoonbaar effect hebben.
Een belangrijke rol is weggelegd voor twee gezondheidsvariabelen, langdurige aandoeningen en lichamelijke beperkingen, die een verhogend effect op de prevalenties hebben. Een hoog percentage mantelzorgers in een gemeente hangt aantoonbaar samen met een lagere zorgprevalentie. Grote gemeenten en weinig of geen stedelijk karakter gaan meestal samen met een hoge zorgprevalentie. Gemeenten met veel ouderen hebben duidelijk hogere zorgprevalenties. Dat geldt meestal ook voor gemeenten met veel alleenstaande ouderen. Een hoog percentage niet-westerse migranten gaat samen met lage prevalenties. Alleen bij de instroom in intramurale zorg is dat laatste effect onzeker. Over het algemeen is in gemeenten met veel lage inkomens de prevalentie hoog en in gemeenten met een hoge gemiddelde WOZ-waarde juist laag. Een uitzondering is de intramurale zorg.
De verklaringsgraden voor de geschatte modellen zijn hoog en liggen meestal tussen de 60% en 70%. Bij intramurale zorg is de verklaringsgraad lager: 34% bij bestaande en 50% bij nieuwe cliënten. Dat kan onder meer komen door het ontbreken van aanbodfactoren in het model en een mismatch van woongemeenten en herkomstgemeenten bij bewoners van intramurale instellingen. Het kan echter ook gewoon moeilijk zijn om vast te stellen of iemand intramurale zorg nodig heeft.

De achtergrondkenmerken kunnen de verschillen in zorgprevalentie voor een substantieel deel verminderen: door het corrigeren voor achtergrondvariabelen nemen variaties in prevalentie bij elk van de zorgtypen aanzienlijk af. Dat geldt zowel op gemeenteniveau als op regioniveau, maar niet bij alle zorgtypen in dezelfde mate. Zo neemt bij bestaande intramurale zorg de variatie minder sterk af dan bij bestaande extramurale zorg. Dat komt door de eerder genoemde lagere verklaringsgraad bij intramurale zorg.
De verschillen in prevalenties (zowel waargenomen als gecorrigeerd) zijn op regioniveau veel kleiner dan op gemeenteniveau. Dit houdt in dat de gemeentelijke verschillen voor een (groot) deel niet samenhangen met de regio.
We hebben een variatiemaat geconstrueerd die het vergelijken van zorgtypen onderling mogelijk maakt. Volgens deze maat is bij huishoudelijke hulp het beeld als volgt: in de regio met het hoogste aandeel van de prevalentie dat niet door de achtergrondkenmerken van de bevolking kan worden verklaard, ligt dat aandeel 10% boven het gemiddelde; in de regio met het laagste aandeel van deze prevalentie ligt het 11% onder het gemiddelde. Deze percentages liggen bij indicaties voor extramurale zorg op −22% en +14%, en bij indicaties voor intramurale zorg op −18% en +12%. Wat verder opvalt is de grotere variatie bij nieuw gebruik dan bij bestaand gebruik onder de oude Wmo. Bij extramurale zorg is dat beeld net andersom. Mogelijk dat gemeenten bij nieuwe cliënten meer gebruik zijn gaan maken van hun beleidsvrijheid en dat bij zorgkantoren het beleid is geconvergeerd. Deze uitkomst kan echter niet zomaar vertaald worden naar de nieuwe Wmo. In de toekomst kan wel de variatie in de prevalentie van Wmo-ondersteuning toenemen door de nieuwe rol van gemeenten. Het monitoren van deze prevalenties kan in de toekomst inzicht in geven in de variaties.
We kunnen concluderen dat achtergrondkenmerken veel variatie in prevalenties van gebruik en indicaties wegnemen, maar lang niet alles. Dat geldt zowel op gemeenteniveau als op regioniveau. Wat overblijft aan variatie verschilt bovendien per zorgtype. Hier kunnen niet-meegenomen corrigerende achtergrondfactoren, zoals variabelen voor aanbod en voor vraagcultuur een rol spelen. Maar, wat in dit rapport centraal staat, ook beleidsverschillen (Wmo) en verschillen in indicatiecultuur (AWBZ) kunnen een verklaring vormen. Voor zover die twee laatste de regionale verschillen kunnen verklaren, duiden ze op kennelijke ruimte voor het maken van eigen keuzes.

6 Verschillen tussen indicatie en gebruik

6.1 Inleiding[58]

In hoofdstuk 5 hebben we de regionale variatie in de indicaties en het gebruik van zorg in het recente verleden bestudeerd. Op die manier hoopten we een indruk te krijgen van de beleidsvrijheid die het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) en gemeenten hadden bij de indicatiestelling. Ook wilden we een beeld krijgen van de vrijheid voor gemeenten, aanbieders en cliënten om keuzes te maken binnen de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). In dit hoofdstuk kijken we naar het verschil tussen gebruik en indicatie op persoonsniveau, en naar de (regionale) variatie hierin. Op die manier geven we inzicht in de keuzevrijheid van de andere betrokken partijen: het zorgkantoor, de zorgaanbieder, de zorggebruiker en (potentiële) mantelzorgers.
Het CIZ gaf tot 2015 indicaties af voor zowel intramurale als extramurale zorg die gefinancierd werd via de Algemene Wet Bijzondere Ziektenkosten (AWBZ). Voor de meeste typen extramurale zorg werd tot 2015 bij de indicatie door middel van een bandbreedte aangegeven op hoeveel uur zorg de cliënt recht had. Voor cliënten die in aanmerking kwamen voor intramurale zorg werd een zorgzwaartepakket (ZZP) geïndiceerd. Wanneer (te) weinig zorg is geïndiceerd en er geen andere belemmeringen zijn voor het gebruik (zoals een hoge eigen bijdrage of een beperkt aanbod), zal een groot deel van de personen met een indicatie naar verwachting het maximale aantal geïndiceerde uren gebruiken; als (te) veel zorg is geïndiceerd of er andere belemmeringen zijn, gebruikt een groot deel van de cliënten mogelijk minder zorg dan geïndiceerd was. In het tweede geval vormt de geïndiceerde hoeveelheid zorg geen beperking. Dat betekent dat het zorgkantoor, de zorgaanbieder, de zorgvrager en eventuele mantelzorgers keuzevrijheid hebben bij de allocatie van de zorg. Als deze betrokkenen zelf keuzes kunnen maken, dan hebben de prikkels die zij ervaren mogelijk via die keuzes invloed op het zorggebruik. Veranderingen in deze prikkels (zie hoofdstuk 2-4) leiden dan waarschijnlijk tot veranderingen in het zorggebruik.
In dit hoofdstuk onderzoeken we hoe groot het verschil op individueel niveau is tussen indicaties en zorggebruik. We doen dit aan de hand van administratieve data. We laten zien hoe het gebruikte deel van de geïndiceerde zorg varieert naar zorgzwaarte en tussen typen zorg en zorgkantoorregio's. We verwachten substantiële verschillen tussen regio's in het gebruikte deel van de geïndiceerde zorg. We baseren deze verwachting op onderzoek naar regionale verschillen in de prevalentie van chronische ziekten en beperkingen (CBS 2014b; RIVM 2015), onderzoek naar verschillen in de indicatiestelling (hoofdstuk 5; ARK 2015; CBS 2013; CIZ 2014) en onderzoek naar verschillen in de hoeveelheid en het type gebruikte lang-

58 Verantwoording: een deel van de resultaten in dit hoofdstuk is gebaseerd op berekeningen die het Centraal Planbureau (CPB) heeft uitgevoerd op niet-openbare microdata van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Deze microdata zijn onder bepaalde voorwaarden toegankelijk voor statistisch en wetenschappelijk onderzoek. Nadere informatie kunt u opvragen via cvb@cbs.nl.

durige zorg (ARK 2015; Vektis 2013) en eerder onderzoek naar het verschil tussen indicatie en gebruik (APE 2012).
De verschillen tussen zorgkantoorregio's in het gebruikte deel van de indicatie ontstaan mogelijk door regionale verschillen in de uitvoering van de AWBZ en gerelateerde wetten en regelingen. Andere mogelijke oorzaken zijn regionale verschillen in het aanbod van zorg en in de kenmerken en voorkeuren van cliënten. Om de invloed van regionale verschillen in cliëntkenmerken te reduceren, corrigeren we voor een groot aantal relevante persoonlijke kenmerken, zoals leeftijd, huishoudenssamenstelling en het type handicap of aandoening dat de vraag naar langdurige zorg veroorzaakt.

6.2 Data en methoden

De gebruikte dataset bestaat uit informatie die het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) en andere organisaties verzamelen over elke persoon met een indicatie voor AWBZ-gefinancierde zorg. Deze dataset bestaat uit drie onderdelen: 1) informatie over de door het CIZ afgegeven indicatie, die bepaalt op welke AWBZ-gefinancierde zorg iemand recht heeft, 2) het gebruik van AWBZ-zorg in natura, en 3) achtergrondkenmerken, waaronder de zorgkantoorregio waarin iemand volgens de Gemeentelijke Basisadministratie woont. Bij het analyseren van het verschil tussen indicaties en gebruik van intramurale en extramurale zorg hebben we gegevens uit respectievelijk het zorgjaar 2011 en het zorgjaar 2012 gebruikt [59]; recentere data zijn nog niet beschikbaar.
Een zorgjaar bestaat uit dertien perioden van vier weken. Voor iedere persoon hebben we informatie per periode van vier weken; een cliënt die in alle dertien perioden een geldige indicatie heeft, komt dus dertien keer in de dataset voor. Tenzij anders aangegeven zijn de analyses in dit hoofdstuk uitgevoerd op dit aggregatieniveau.
Bij het analyseren van de regionale verschillen vergelijken we zorgkantoorregio's met elkaar en corrigeren we voor de invloed van cliëntkenmerken, net als we dat in hoofdstuk 5 hebben gedaan. Verschillen in de bevolkingssamenstelling krijgen hierdoor minder invloed op de analyseresultaten. Een beperking van de gebruikte dataset is dat informatie over de gezondheid en de beperkingen van de cliënten ontbreekt. Gezondheidsinformatie is in dit hoofdstuk minder cruciaal dan in hoofdstuk 5. We kijken in dit hoofdstuk immers naar het gebruikte deel van de geïndiceerde zorg, en tijdens de indicatiestelling wordt al rekening gehouden met de gezondheid en de beperkingen van de cliënt. Zowel het gebruik van langdurige zorg als de indicatie worden dus beïnvloed door de gezondheid van de cliënt. Daarom heeft de gezondheid naar verwachting veel minder invloed op het verschil tussen beide dan op de geïndiceerde of gebruikte hoeveelheid zorg afzonderlijk. We hebben de analyses afzonderlijk uitgevoerd voor intramurale zorg en voor vier typen extramurale zorg: persoonlijke verzorging, verpleging, individuele begeleiding en groepsbegeleiding.

59 Het zorgjaar 2011 loopt van 3 januari 2011 tot en met 1 januari 2012; het zorgjaar 2012 loopt van 2 januari 2012 tot en met 30 december 2012.

6.3 Resultaten

6.3.1 Verschillen tussen indicatie en gebruik: extramurale zorg

Slechts een klein deel van de cliënten met een indicatie voor extramurale zorg gebruikt alle zorg waar ze volgens het indicatiebesluit recht op hebben. De groep die minder zorg gebruikt dan de geïndiceerde hoeveelheid bestaat uit twee subgroepen: 1) cliënten die helemaal geen zorg gebruiken, en 2) cliënten die een deel van de indicatie gebruiken.

Cliënten die helemaal geen zorg gebruiken

De eerste regel van tabel 6.1a laat zien welk deel van de cliënten met een indicatie voor extramurale zorg zorg in natura gebruikt. De andere cliënten gebruiken geen zorg of kiezen voor een persoonsgebonden budget (pgb); omdat informatie over pgb-gebruik op persoonsniveau ontbreekt kunnen we geen onderscheid maken tussen deze twee groepen. Het aandeel cliënten met zorg in natura varieert van 51% bij individuele begeleiding tot 67% bij persoonlijke verzorging. Deze cliënten gebruiken in een zorgperiode een deel of het volledige aantal geïndiceerde uren zorg in natura. Tabel 6.1a laat verder zien dat dit aandeel niet alleen verschilt tussen typen zorg, maar ook binnen elk van die typen zorg sterk varieert tussen functieklassen (een functieklasse geeft aan op hoeveel uur zorg iemand recht heeft). De variatie is het grootst binnen de typen groepsbegeleiding en verpleging: het aandeel cliënten met zorg in natura varieert bij groepsbegeleiding van 21% bij functieklasse 1 tot 71% bij functieklasse 8; bij verpleging lopen de aandelen uiteen van 13% in functieklasse 8 tot 71% in functieklasse 5.[60]
Op jaarbasis is het aandeel cliënten dat in 2012 op enig moment zorg in natura gebruikte vanzelfsprekend hoger dan per afzonderlijke zorgperiode. Het totale aantal gebruikers van zorg in natura is samen met het door CBS (2015a) gerapporteerde aantal pgb-houders desondanks op jaarbasis kleiner dan het aantal indicaties (tabel 6.1b).[61] De groep cliënten die geen zorg en ook geen pgb gebruikt is groot: zo bestaat deze groep bij persoonlijke verzorging uit minstens 28.000 personen (7%, niet in tabel).[62]

Cliënten die een deel van de indicatie gebruiken: verschillen tussen typen zorg

De groep cliënten die hun indicatie deels verzilveren is ook groot. Figuur 6.1 laat voor elk van de vier typen extramurale zorg per functieklasse zien welk deel van het geïndiceerde aantal uur gebruikt wordt door de mediane persoon[63] die zorg in natura ontvangt.

---

60 Voor een deel van de functieklassen is het aantal observaties zeer gering, wat mogelijk een deel van de uitschieters in het aandeel gebruikers van zorg in natura verklaart.

61 Een deel van de cliënten ontvangt bovendien een deel van het jaar zorg in natura en had een deel van het jaar een pgb. Deze cliënten worden dus twee keer meegeteld, waardoor we het aantal personen met een indicatie die geen zorg gebruiken onderschatten.

62 Mogelijk bestaat een deel van deze groep uit nieuwe gebruikers, voor wie het zorgkantoor en de aanbieder de thuiszorg nog moeten organiseren en voor wie deze situatie dus tijdelijk is.

63 De mediaan is de middelste observatie binnen een verdeling. In dit geval zijn personen met een indicatie die zorg in natura gebruiken gerangschikt naar het deel van het geïndiceerde aantal uren zorg

Figuur 6.1a laat bijvoorbeeld zien dat iemand met een indicatie voor persoonlijke verzorging in functieklasse 8 recht heeft op 80 tot 100 uur zorg per vier weken, maar dat de mediane gebruiker van zorg in natura binnen deze groep per vier weken maar 66,5 uur gebruikt. Het aantal uren dat de mediane gebruiker van zorg in natura ontvangt, valt alleen in de laagste twee functieklassen binnen het geïndiceerde bereik; dit geldt voor elk van de vier extramurale typen zorg. In de hogere functieklassen wordt een kleiner deel van het aantal geïndiceerde uren geleverd dan in de laagste twee functieklassen, vooral bij verpleging en persoonlijke verzorging.
Net als zorg in natura werden ook pgb's in 2012 niet volledig gebruikt: een pgb-houder gebruikt gemiddeld slechts 89% van het toegekende budget (CBS 2015b). De waarde van een pgb is gemiddeld 25% lager dan de waarde van de geïndiceerde zorg in natura (Mot 2010). De kans bestaat echter dat de kosten die cliënten maken voor zorg in natura respectievelijk voor een pgb gemiddeld dichter bij elkaar liggen: ontvangers van zorg in natura met een indicatie voor extramurale zorg gebruiken bij alle zorgtypen immers minder dan 89% van de geïndiceerde zorg. Dit suggereert dat bij dezelfde indicatiestelling het verschil in kosten tussen een pgb en zorg in natura kleiner is dan 25%.[64]

Cliënten die een deel van de indicatie gebruiken: regionale verschillen

Het verschil tussen indicatie en gebruik onder gebruikers van zorg in natura is niet in alle zorgkantoorregio's even groot. De verschillen veranderen bovendien nauwelijks als we corrigeren voor de achtergrondkenmerken van de cliënten. In de regio waar het grootste deel van de verpleging gebruikt wordt is het gebruikte deel van de geïndiceerde uren 7 procentpunten hoger dan gemiddeld. Aan het andere uiterste ligt het gebruikte aandeel 12 procentpunten lager dan gemiddeld (figuur 6.2a).[65] Ook bij de andere drie typen extramurale zorg zijn er regionale verschillen in het gebruikte deel van het aantal geïndiceerde uren; de lagere standaarddeviaties[66] laten echter zien dat die gemiddeld kleiner zijn dan bij persoonlijke verzorging (tabel 6.2).
De regionale verschillen voor de verschillende typen extramurale zorg hangen met elkaar samen. In de regio's waar cliënten een groter deel van de geïndiceerde persoonlijke verzorging gebruiken, ontvangen cliënten ook een groter deel van de geïndiceerde verpleging en

dat ze gebruiken. De mediane persoon is de persoon die meer gebruikt dan de ene 50% van de observaties en minder dan de andere 50%.

64 Voor een volledig eerlijke vergelijking zou het gebruik van zorg in natura en pgb per functieklasse onderzocht moeten worden: als het voornamelijk cliënten in de lagere functieklassen zijn die voor een pgb kiezen, is het verschil in het gebruikte deel van de geïndiceerde zorg tussen pgb-houders en gebruikers van zorg in natura wellicht kleiner.

65 Na correctie voor persoonskenmerken, functieklasse en zorgperiode. De voorspelde waarden kunnen voor subgroepen binnen de populatie afwijken van het gemiddelde. De geschatte regionale variatie is, vanwege de opzet van de analyse, echter voor alle groepen even groot. Een overzicht van bij de correctie gebruikte variabelen is opgenomen in bijlage G bij dit rapport.

66 Een standaarddeviatie geeft de gemiddelde afwijking van het gemiddelde weer.

individuele begeleiding (de rangcorrelaties[67] zijn 0,55 en 0,39). Tussen groepsbegeleiding en de andere drie typen zorg is er geen verband (rangcorrelaties tussen –0,08 en 0,09). De regionale verschillen (en de verschillen tussen de typen extramurale zorg) kunnen een aantal oorzaken hebben. Zo kunnen zij ontstaan door verschillen in de vraag naar zorg die voortkomen uit ongeobserveerde verschillen in de samenstelling van de cliëntpopulatie,[68] in de (zorg)cultuur en in ervaren barrières en stigma (Arrighi et al. 2015). Daarnaast kunnen regionale verschillen ontstaan door verschillen in de uitvoering van de AWBZ en andere regelingen, en door verschillen in het zorgaanbod. Hoewel we in dit hoofdstuk variatie tussen zorgkantoorregio's hebben geanalyseerd, zijn verschillen tussen zorgkantoren dus niet de enige mogelijke oorzaak van de regionale verschillen: ook de keuzes van andere betrokkenen (CIZ, gemeenten, aanbieders, zorgvragers en potentiële mantelzorgers) kunnen het verschil beïnvloeden.

67 Een rangcorrelatie meet het verband tussen twee rankings. Een positief verband levert een correlatie op tussen 0 en 1, een negatief verband een correlatie tussen –1 en 0. Een sterker verband levert een hogere absolute waarde op dan een minder sterk verband.

68 Uit aanvullende analyses blijkt dat na correctie voor achtergrondkenmerken cliënten die een kleiner deel van de geïndiceerde verpleging gebruikten langer thuis bleven wonen. Het is onwaarschijnlijk dat dit verschil ontstaat door het verschil in de gebruikte hoeveelheid verpleging; waarschijnlijk wordt het veroorzaakt door ongeobserveerde gezondheidsverschillen tussen cliënten. Mogelijk veroorzaken deze (en andere) ongeobserveerde verschillen ook een deel van de regionale variatie.

Tabel 6.1a

Extramurale indicaties in 2012, per zorgvorm en functieklasse (in aantallen en procenten)

	persoonlijke verzorging		verpleging		individuele begeleiding		groepsbegeleiding	
	aantal x 1000 (%)	gebruikers zorg in natura (%)	aantal x 1000 (%)	gebruikers zorg in natura (%)	aantal x 1000 (%)	gebruikers zorg in natura (%)	aantal x 1000 (%)	gebruikers zorg in natura (%)
observaties [a]	3408(100)	67,2	1060 (100)	61,6	1832 (100)	50,5	1085 (100)	54,6
functieklasse								
0 – weinig zorg	n.v.t.		180 (17,0)	58,1	n.v.t.		n.v.t.	
1	622 (18,3)	61,0	233 (22,0)	56,7	484 (26,4)	50,2	22 (2,0)	21,3
2	958 (28,1)	64,3	352 (33,2)	60,9	877 (47,9)	51,3	111 (10,2)	33,9
3	934 (27,4)	71,2	223 (21,0)	70,0	315 (17,2)	50,3	64 (5,9)	35,3
4	423 (12,4)	74,7	45 (4,3)	63,7	69 (3,8)	39,2	330 (30,5)	53,5
5	179 (5,3)	71,6	21 (2,0)	70,8	10 (0,5)	23,8	58 (5,4)	42,1
6	106 (3,1)	64,8	3 (0,3)	38,2	2 (0,1)	18,3	253 (23,3)	64,6
7	58 (1,7)	58,9	2 (0,2)	30,1	1 (0,0)	26,2	12 (1,2)	57,4
8	112 (3,3)	70,0	1 (0,1)	13,2	1 (0,0)	46,9	79 (7,3)	71,3
9	14 (0,4)	28,2	n.v.t.		74 (4,0)	58,0	143 (13,2)	64,3
10 – veel zorg	n.v.t.		n.v.t.		n.v.t.		13 (1,2)	60,0
per jaar								
unieke personen	405	79	188	81	195	59	107	63

a Elke observatie geldt voor een zorgperiode: een periode van vier weken waarin iemand een indicatie voor het desbetreffende type zorg had. Het zorgjaar 2012 loopt van 2 januari 2012 tot en met 30 december 2012 en bestaat uit dertien perioden. Bij observaties met twee indicaties voor verschillende functieklassen binnen hetzelfde type zorg is de hoogste functieklasse genomen.
n.v.t. (functieklasse bestaat hier niet)

Bron: CPB/SCP

Tabel 6.1b

Personen met een thuiszorgindicatie in 2012 (in aantallen en procenten)

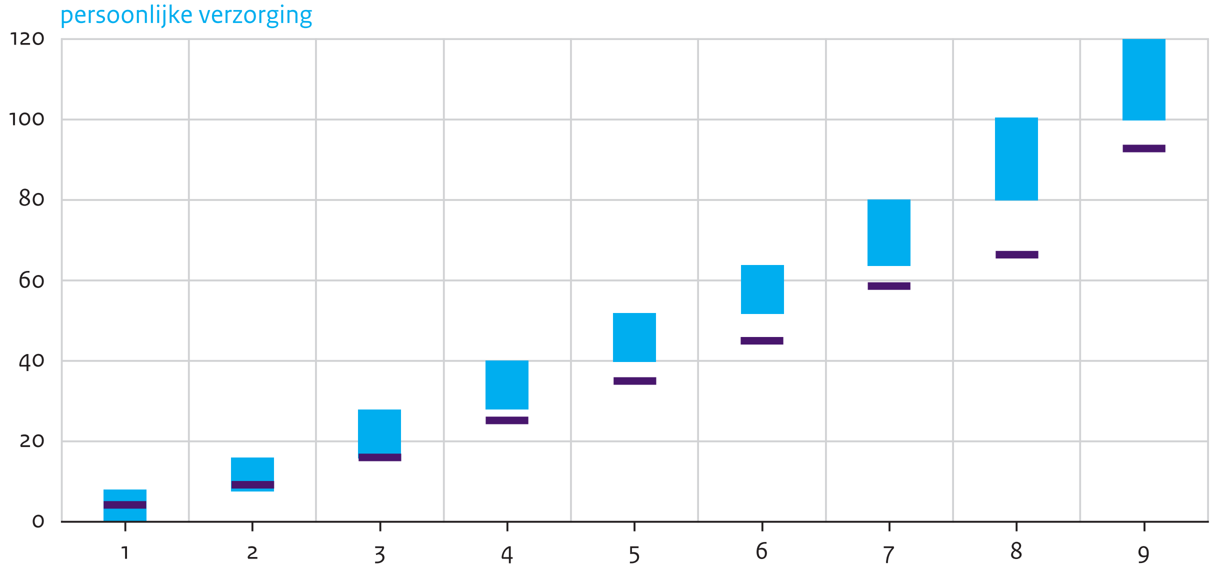
	persoonlijke verzorging	verpleging	individuele begeleiding	groepsbegeleiding
totaal (x 1000)	405	188	194	107
zorg in natura (%)	79	81	59	62
pgb (%)[a]	14	10	32	25

a Aandelen pgb-houders op basis van CBS (2015b).

Bron: CPB/SCP

Figuur 6.1a

Verschil tussen gebruik (paars) en indicatie (blauw) voor persoonlijke verzorging in 2012, per functieklasse (in uren per periode van 4 weken)[a]

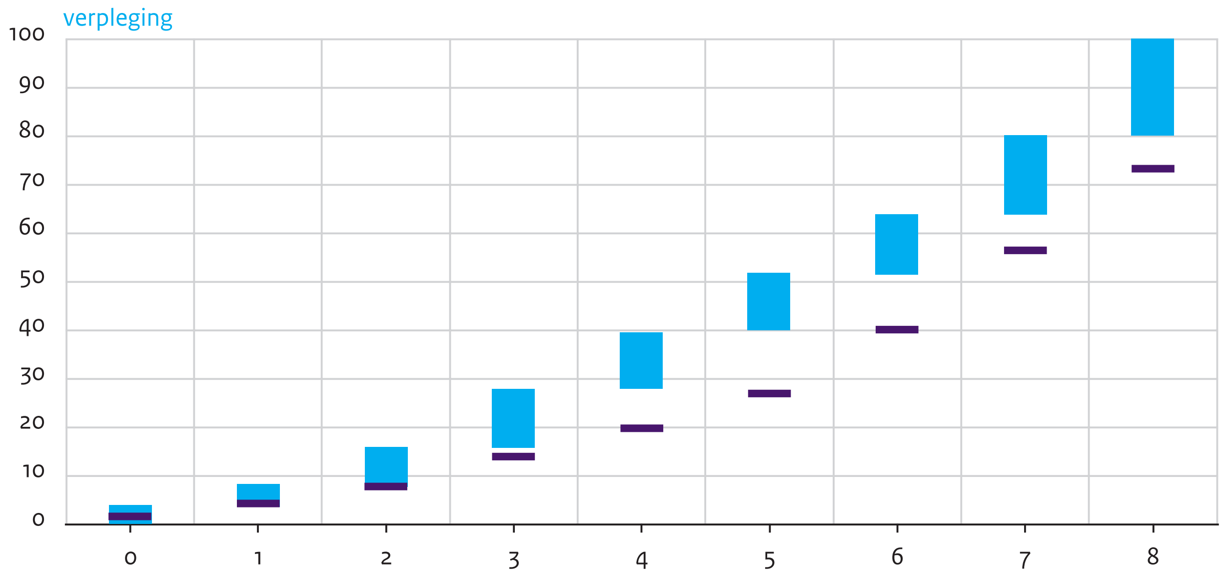


a De paarse balken geven het gebruik van zorg in natura per periode van de mediane gebruiker aan. Bij functieklasse 9 varieert het geïndiceerde maximum. De getoonde bovengrens van het geïndiceerde aantal uur is de bovengrens voor de mediane gebruiker in deze klasse.

Bron: CPB/SCP

Figuur 6.1b

Verschil tussen gebruik (paars) en indicatie (blauw) voor verpleging in 2012, per functieklasse (in uren per periode van 4 weken)[a]

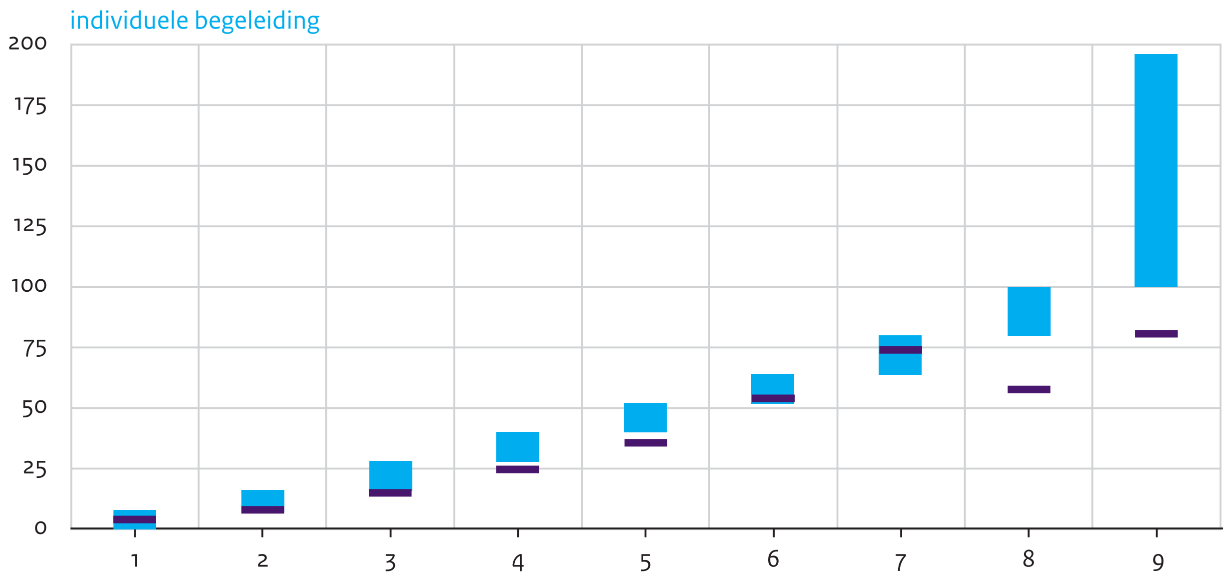


a De paarse balken geven het gebruik van zorg in natura per periode van de mediane gebruiker aan. Bij functieklasse 8 varieert het geïndiceerde maximum. De getoonde bovengrens van het geïndiceerde aantal uur is de bovengrens voor de mediane gebruiker in deze klasse.

Bron: CPB/SCP

Figuur 6.1c

Verschil tussen gebruik (paars) en indicatie (blauw) voor individuele begeleiding in 2012, per functieklasse (in uren per periode van 4 weken)[a]

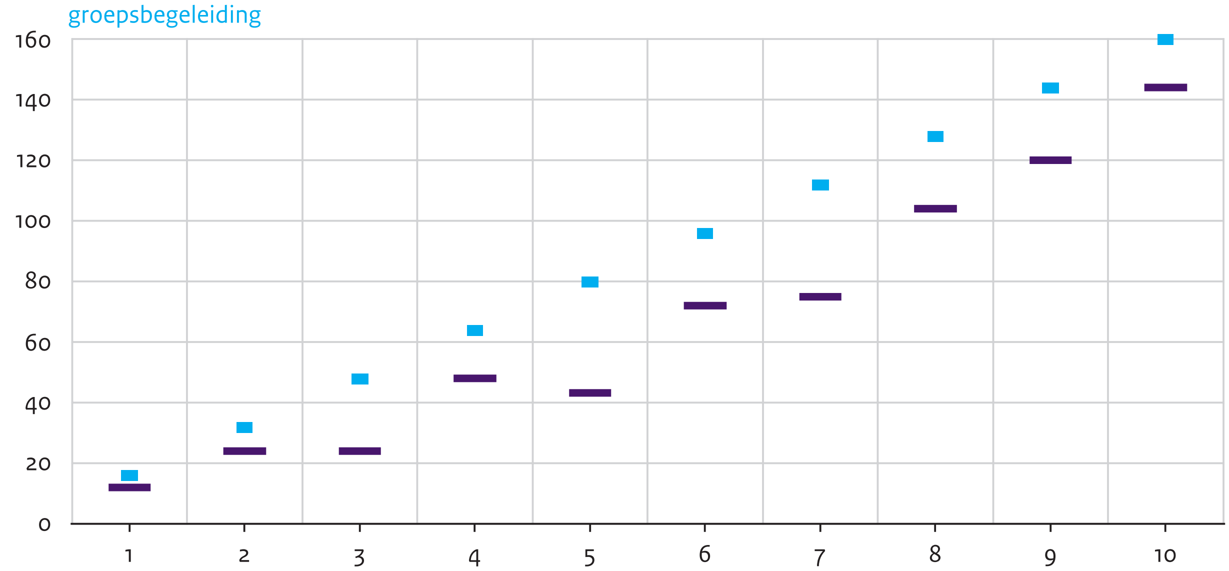


a De paarse balken geven het gebruik van zorg in natura per periode van de mediane gebruiker aan. Bij functieklasse 9 varieert het geïndiceerde maximum. De getoonde bovengrens van het geïndiceerde aantal uur is de bovengrens voor de mediane gebruiker in deze klasse.

Bron: CPB/SCP

Figuur 6.1d

Verschil tussen gebruik (paars) en indicatie (blauw) voor groepsbegeleiding in 2012, per functieklasse (in uren)[a]

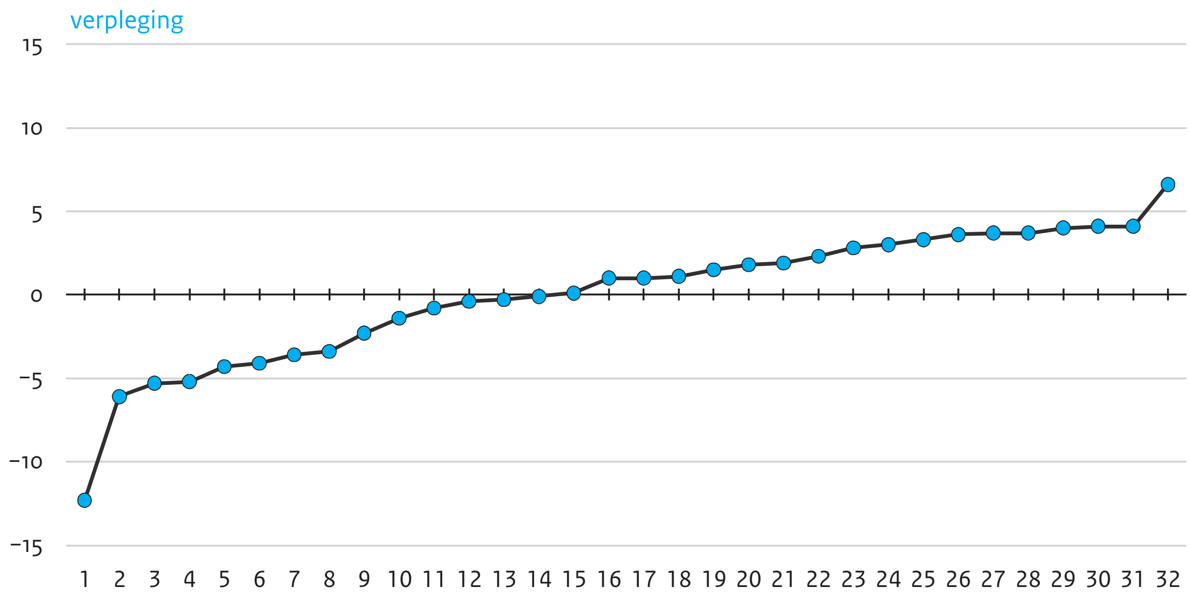


a De paarse balken geven het gebruik van zorg in natura per periode van de mediane gebruiker aan. Indicaties worden afgegeven in dagdelen; één dagdeel is weergegeven als vier uur.

Bron: CPB/SCP

Figuur 6.2a

Regionale verschillen in het gebruikte deel van de indicatie voor verpleging, 2012 (in procentpunten)[a]

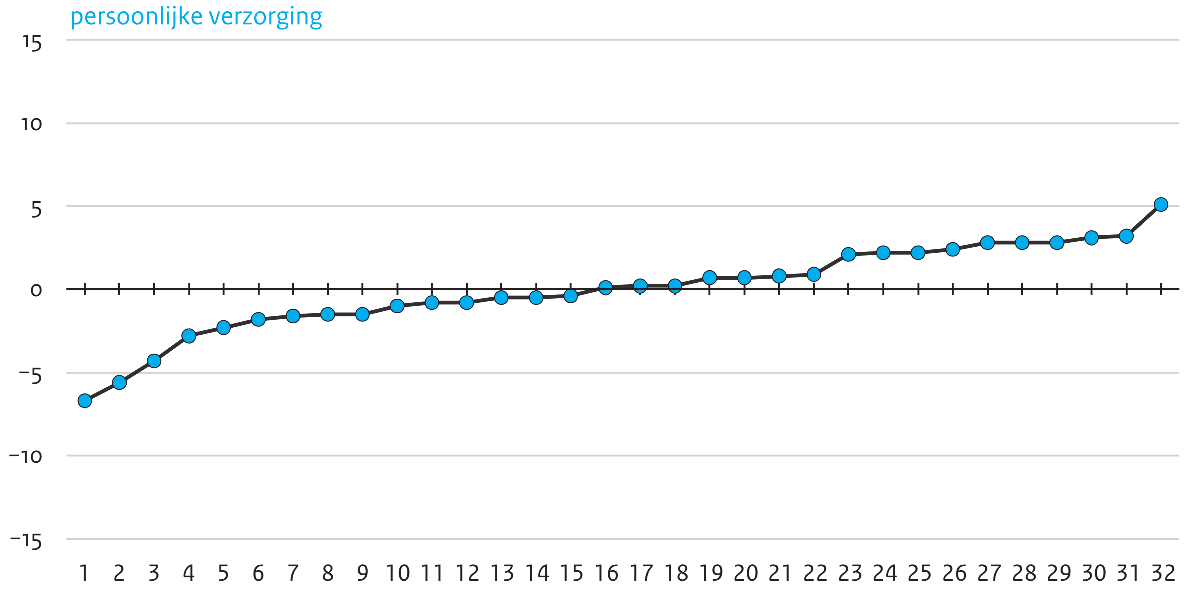


a De gerapporteerde waarden zijn procentpunten en geven de afwijking weer van het ongewogen gemiddelde op het niveau van de zorgkantoorregio. Standaarddeviatie: 0,039. Aantal observaties: 541.946.

Bron: CPB/SCP

Figuur 6.2b

Regionale verschillen in het gebruikte deel van de indicatie voor persoonlijke verzorging, 2012 (in procentpunten)[a]

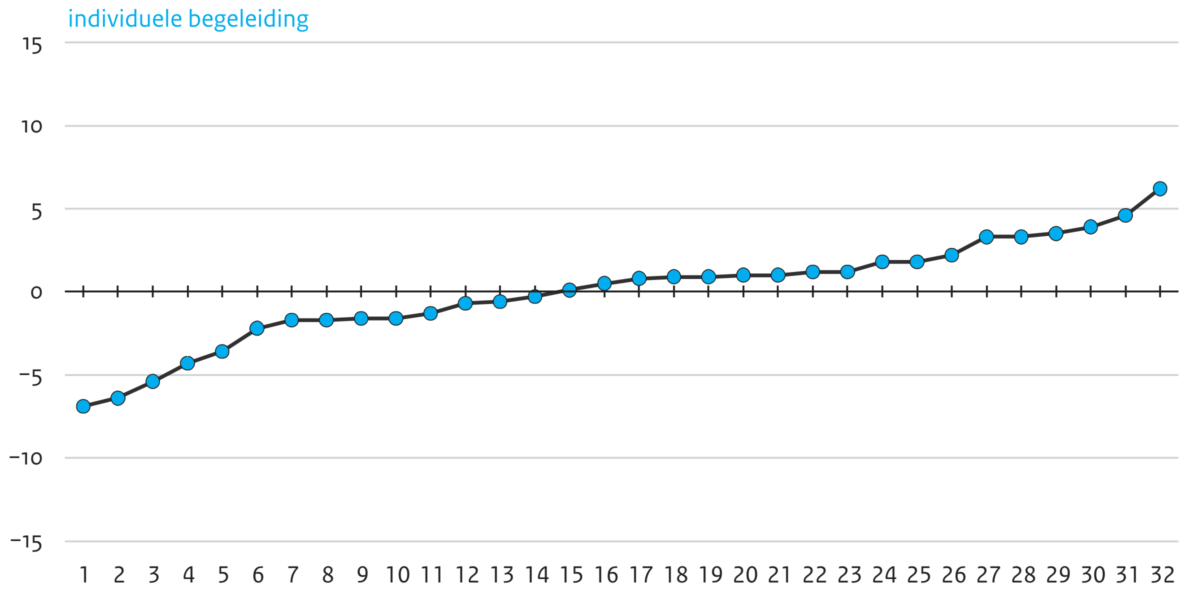


a De gerapporteerde waarden zijn procentpunten en geven de afwijking weer van het ongewogen gemiddelde op het niveau van de zorgkantoorregio. Standaarddeviatie: 0,026. Aantal observaties: 2.050.715.

Bron: CPB/SCP

Figuur 6.2c

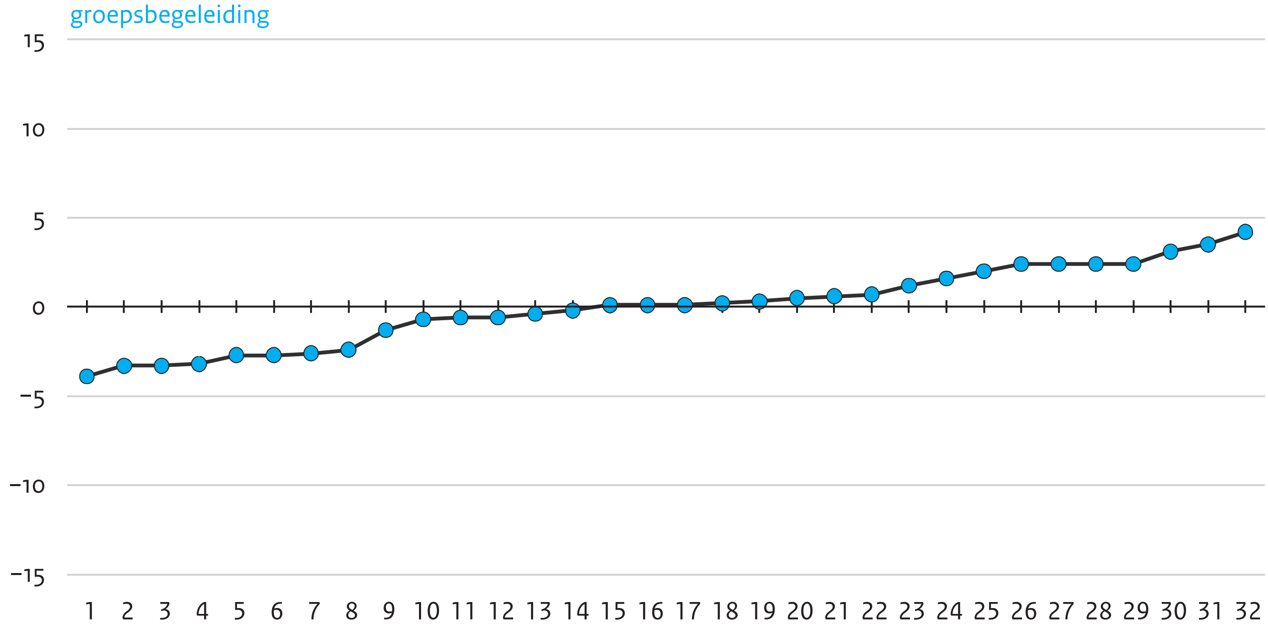
Regionale verschillen in het gebruikte deel van de indicatie voor individuele begeleiding, 2012 (in procentpunten)[a]



a De gerapporteerde waarden zijn procentpunten en geven de afwijking weer van het ongewogen gemiddelde op het niveau van de zorgkantoorregio. Standaarddeviatie: 0,030. Aantal observaties: 853.069.

Bron: CPB/SCP

Figuur 6.2d
Regionale verschillen in het gebruikte deel van de indicatie voor groepsbegeleiding, 2012 (in procentpunten)[a]



a De gerapporteerde waarden zijn procentpunten en geven de afwijking weer van het ongewogen gemiddelde op het niveau van de zorgkantoorregio. Standaarddeviatie: 0,022. Aantal observaties: 558.581.

Bron: CPB/SCP

Tabel 6.2
Standaarddeviatie van het gebruikte deel van de geïndiceerde zorg, op zorgkantoorniveau en per zorgtype, 2012

	standaarddeviatie[a]
persoonlijke verzorging	0,039
verpleging	0,026
individuele begeleiding	0,030
groepsbegeleiding	0,022
intramurale zorg	0,029

a De standaarddeviatie geeft de gemiddelde afwijking van het gemiddelde weer.

Bron: CPB/SCP

6.3.2 Verschillen tussen indicatie en gebruik: intramurale zorg

Een groot deel van de personen met een indicatie voor intramurale zorg gebruikt zorg in natura (bijna 80% van de observaties per vier weken, zie tabel 6.3).[69,70] Daarnaast gebruikt

69 Door de aard van de zorg – een opname in een zorginstelling – komt het weinig voor dat cliënten een indicatie voor intramurale zorg niet volledig verzilveren. Om die reden hebben we onvolledige verzilvering hier buiten beschouwing gelaten.

70 We weten niet hoeveel cliënten met een indicatie voor intramurale zorg voor een pgb kiest.

een klein deel van deze cliënten extramurale zorg in plaats van de geïndiceerde intramurale zorg (12% van de observaties). Op jaarbasis maakt bijna 26% van de mensen met een indicatie voor intramurale zorg op enig moment gebruik van extramurale zorg. Dat dit aandeel op jaarbasis veel groter is dan per zorgperiode suggereert dat het gebruik van extramurale in plaats van intramurale zorg vaak een tijdelijke keus is.[71]

Tabel 6.3
Indicaties voor intramurale zorg in 2011 (in aantallen en procenten)[a]

	intramurale zorg	
	observaties aantal x 1000 (%)	personen aantal x 1000 (%)
totaal	4256 (100)	424 (100)
geen gebruik zorg in natura	367 (8.6)	28 (6.6)
alleen intramurale zorg gebruikt	3259 (76.6)	287 (67.7)
alleen extramurale zorg gebruikt	509 (12.0)	44 (10.5)
intra- en extramurale zorg gebruikt	121 (2.8)	64 (15.2)

a Elke observatie is voor een periode van vier weken. Het zorgjaar 2011 loopt van 3 januari 2011 tot en met 1 januari 2012 en bestaat uit dertien perioden. Personen met een volledig pakket thuis (vpt) maken deel uit van de groep die intramurale zorg gebruikt. In 2011 ontvingen personen met een vpt 0,7% van het totale volume zorg dat geleverd is aan personen met een indicatie voor een zorgzwaartepakket (CBS 2015c).

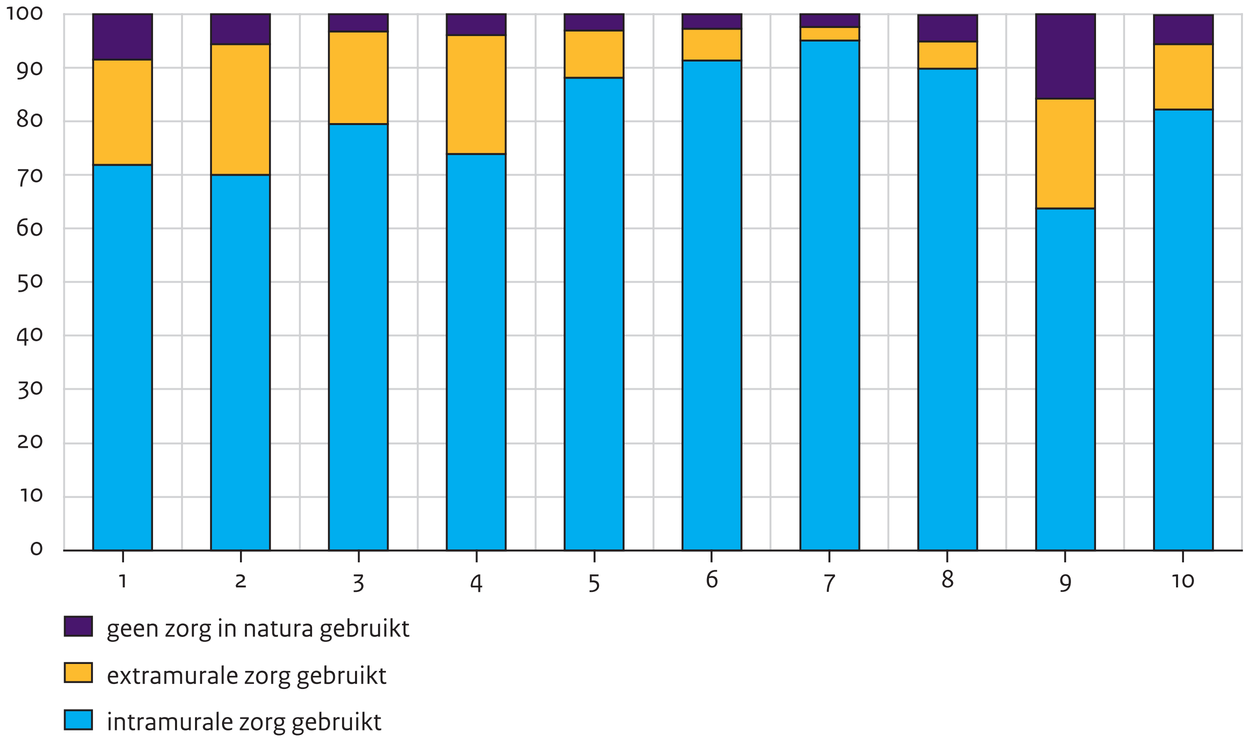
Bron: CPB/SCP

Gebruik van intramurale zorg: verschillen tussen zorgzwaartepakketten

Het aandeel observaties per zorgperiode van vier weken waarin cliënten extramurale zorg of geen zorg gebruiken, wisselt sterk tussen verschillende zorgzwaartepakketten (ZZP's). Binnen de groep cliënten met een indicatie voor een ZZP Verpleging & Verzorging (V&V) is het deel dat geen zorg gebruikt bijvoorbeeld het grootst binnen de groep met een indicatie voor ZZP V&V 9 (figuur 6.4). Dit zorgzwaartepakket is bedoeld voor een tijdelijke opname van twee tot zes maanden om te herstellen na een medische ingreep (NZA 2010). Dat cliënten met een indicatie voor ZZP V&V 9 relatief vaak geen zorg afnemen, komt mogelijk doordat zij binnen de periode waarvoor de indicatie is afgegeven zijn hersteld of opnieuw in een ziekenhuis zijn opgenomen. Daarnaast ontvangt 15% van de cliënten met een ZZP V&V 9 extramurale zorg, uitgaande van afzonderlijke zorgperiodes van vier weken. Ook de laagste vier ZZP's voor V&V worden relatief vaak gebruikt voor extramurale zorg; ZZP V&V 7 wordt juist relatief vaak gebruikt voor intramurale zorg.

71 We hebben geen gegevens over de reden om van de indicatie af te wijken. De groep die ervoor kiest om thuis te blijven wonen bestaat mogelijk onder andere uit personen die op het moment van indicatie nog geen intramurale zorg nodig hadden, maar dit type zorg mogelijk wel snel nodig hebben. Daarnaast bestaat deze groep mogelijk uit personen die wachten op opname in een zorginstelling.

Figuur 6.3
Deel van alle indicaties voor een zorgzwaartepakket Verpleging en Verzorging dat gebruikt wordt voor intramurale zorg en thuiszorg in natura, 2011 (in procenten)[a]



a Alleen observaties van zorgperiodes waarin het individu geen indicatie voor extramurale zorg had. Personen met een volledig pakket thuis (vpt) maken deel uit van de groep die intramurale zorg gebruikt. In 2011 ontvingen personen met een vpt 0,8% van het totale volume zorg dat geleverd is aan personen met een indicatie voor een zorgzwaartepakket (zzp) Verpleging en Verzorging (cbs 2015c). Aantal observaties: 2.292.589.

Bron: cpb/scp

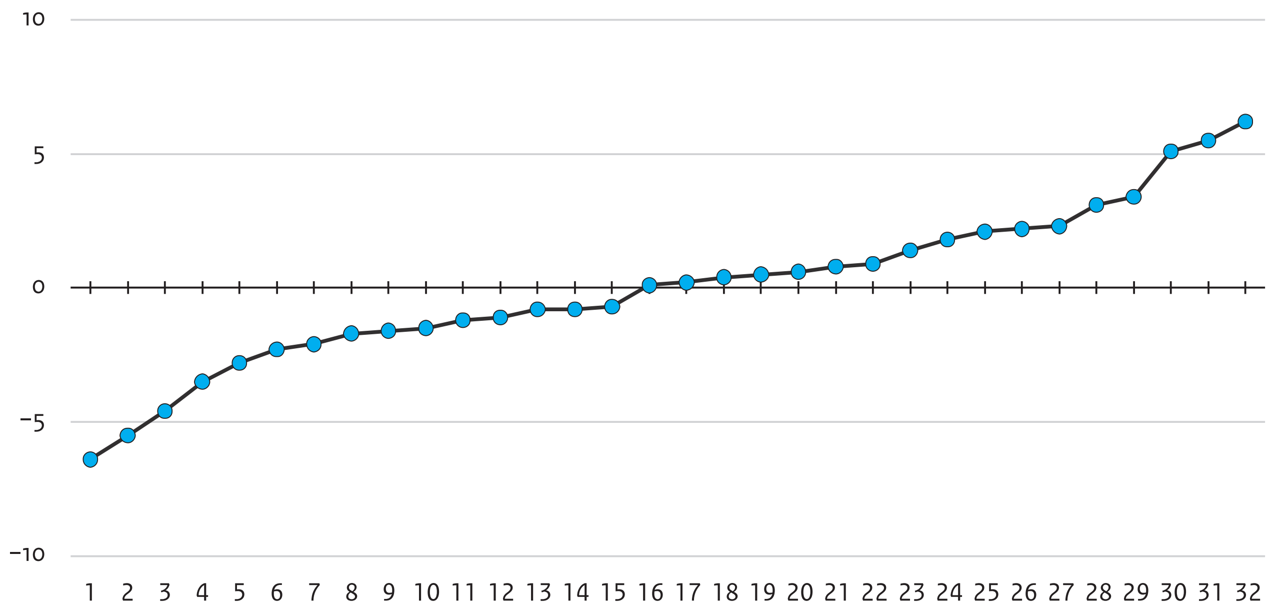
Gebruik van intramurale zorg: regionale verschillen

Net als bij extramurale zorg zijn er bij intramurale zorg regionale verschillen in het gebruikte deel van de indicaties, en blijven deze verschillen bestaan na correctie voor cliëntkenmerken. Het aandeel cliënten met een indicatie voor intramurale zorg dat in een zorginstelling woont, varieert aanzienlijk tussen de regio's. In de regio waar dit aandeel het grootst is, ligt het 6 procentpunten boven het gemiddelde; in de regio met het kleinste aandeel ligt het gebruik juist 6 procentpunten onder het gemiddelde (figuur 6.5). De regionale verschillen zijn bij intramurale zorg ongeveer even groot als bij extramurale zorg: de standaarddeviatie is 0,029 bij intramurale zorg en de standaarddeviaties bij extramurale zorg variëren van 0,022 bij groepsbegeleiding tot 0,039 bij persoonlijke verzorging (tabel 6.2).

In de regio's waar personen met een indicatie voor intramurale zorg vaak in een instelling verblijven, wordt logischerwijs een relatief klein deel van de indicaties voor intramurale zorg gebruikt voor extramurale zorg (de rangcorrelatie is −0,88). Ook wordt in die regio's vaak een groot deel van het geïndiceerde aantal uren extramurale zorg gebruikt. Hoe sterk

die samenhang is varieert echter tussen de zorgvormen: de correlatie is het sterkst met verpleging (rangcorrelatie 0,39) en het zwakst met persoonlijke verzorging (rangcorrelatie 0,10).

Figuur 6.4
Regionale verschillen in het deel van de indicaties voor intramurale zorg dat daarvoor gebruikt wordt, 2011 (in procentpunten)[a]



a De gerapporteerde waarden zijn procentpunten en geven de afwijking weer van het ongewogen gemiddelde op het niveau van de zorgkantoorregio. Standaarddeviatie: 0,029. Aantal observaties: 3.812.818.

Bron: CPB/SCP

6.4 Conclusie

We hebben in dit hoofdstuk AWBZ-indicaties vergeleken met het gebruik van AWBZ-gefinancierde zorg op individueel niveau. De gegevens voor die analyse waren afkomstig uit 2011 (intramurale zorg) en 2012 (extramurale zorg). Uit de vergelijking blijkt dat een substantieel deel van de geïndiceerde zorg niet wordt gebruikt. Het wel gebruikte deel varieert sterk, zowel tussen typen zorg als tussen functieklassen of ZZP's binnen één type zorg. Bin nen alle vier de onderzochte typen extramurale zorg was het gebruikte deel van de geïndiceerde uren kleiner in de hogere functieklassen.
Daarnaast varieert het gebruikte deel van de geïndiceerde zorg tussen regio's. Binnen de extramurale zorg was de regionale variatie in het gebruikte deel het grootst bij persoonlijke verzorging. Het verschil tussen de regio met het grootste en die met het kleinste gebruik van geïndiceerde uren bedraagt 19 procentpunten. Dit betekent dat cliënten in de eerstgenoemde regio gemiddeld ongeveer elf minuten méér zorg per geïndiceerd uur gebruiken dan in de laatstgenoemde regio.
Uit de analyse van indicaties voor intramurale zorg blijkt dat in 2011 ongeveer 100.000 personen (25%) met een indicatie voor intramurale zorg op een zeker moment

extramurale zorg gebruikten. Doordat extramurale zorg sinds 2015 via de Wmo en de Zorgverzekeringswet (Zvw) georganiseerd wordt en intramurale zorg via de Wet langdurige zorg (Wlz), neemt deze groep sinds dit jaar een bijzondere positie in (hoofdstuk 4). Met een modulair pakket thuis of een volledig pakket thuis kunnen personen met een Wlz-indicatie thuis zorg ontvangen en ook eventuele overbruggingszorg wordt via de Wlz betaald. De Wlz-geïndiceerde betaalt voor deze thuiszorg echter wel een eigen bijdrage, terwijl wijkverpleging via de Zvw volledig wordt vergoed.
Het CIZ stelt in 2011 en in 2012 de indicaties voor de in dit hoofdstuk besproken typen zorg (Mot 2010; RMO 2010). Uit onze analyse blijkt dat vrijwel geen enkele indicatie voor extramurale zorg volledig wordt verzilverd, wat erop duidt dat in veel gevallen vooral andere factoren dan de indicatie het aantal uren extramurale zorg beperken.

Het verschil tussen indicatie en gebruik laat zien dat het vooral het zorgkantoor, de aanbieder en de geïndiceerde zijn die in de praktijk bepalen hoeveel (en in sommige gevallen welk type) zorg gebruikt wordt. Deze betrokkenen zullen zich bij het maken van keuzes mogelijk laten leiden door de financiële en andere consequenties van die keuzes voor henzelf: ze handelen dus mogelijk niet altijd alleen maar in het algemeen belang. Als in 2011 en 2012 niet zozeer de indicatiestelling als wel vooral de keuzes van zorgvragers, -aanbieders en mantelzorgers van invloed waren op het gebruik van AWBZ-gefinancierde zorg, dan kunnen de hervormingen die de prikkels voor deze partijen veranderen (hoofdstuk 4) grote effecten hebben. Als de indicatiestelling voor vrijwel niemand het aantal uren zorg beperkte, betekent dat bovendien dat het zorggebruik niet per se evenredig afneemt naarmate gemeenten en wijkverpleegkundigen strenger indiceren. Strenger indiceren kan wel de doelmatigheid verhogen in situaties waarin het CIZ een ruime indicatie zou hebben afgegeven en een cliënt meer zorg ontving dan noodzakelijk is.

Tegelijkertijd laat het vaak substantiële verschil tussen het geïndiceerde en het gebruikte aantal uren zien dat zorgkantoren, aanbieders en cliënten het zorggebruik niet maximaliseren. Zij zouden dit naar verwachting wel doen als de vastgestelde zorgvraag overeenkomt met de werkelijke zorgvraag, er geen andere belemmeringen zijn en extra zorg de zorgaanbieder noch de cliënt schaadt.
Er zijn meerdere verklaringen mogelijk voor de afwijking tussen gebruik en indicatie. In sommige gevallen kan het CIZ bewust een ruime indicatie afgegeven hebben, bijvoorbeeld wanneer een cliënt een wisselende zorgbehoefte heeft, of wanneer het onpraktisch is om de indicatie regelmatig aan te moeten passen aan een toenemende zorgbehoefte. Andere mogelijke verklaringen zijn een beperkte zorgvraag van de cliënt – eigen bijdragen kunnen daarbij een rol spelen -, beperkte budgetten voor de zorgkantoren of bij de vraag achterblijvend aanbod van zorg van hoge kwaliteit. Daarnaast kunnen incidentele factoren een rol spelen, zoals vakantie of een ziekenhuisopname. Tot slot is mogelijk dat het CIZ de indicatie achteraf gezien onbedoeld te ruim heeft gesteld, bijvoorbeeld omdat zorgaanbieders zelf de indicatie stelden (en het CIZ deze niet altijd controleerde). Mogelijk bieden verschillen in de indicatiestelling, een beperkte vraag naar zorg en aanbodrestricties ook een ver-

klaring voor de geobserveerde regionale verschillen. Aangezien ons doel in dit hoofdstuk was om de variatie in het gebruikte deel van de indicatie te beschrijven, hebben we de oorzaken en gevolgen van die (regionale) variatie buiten beschouwing gelaten. Kennis over de oorzaken en gevolgen van regionale verschillen is echter essentieel om verdergaande uitspraken te doen over de wenselijkheid van sommige regionale verschillen. Mochten deze verschillen niet wenselijk zijn, dan is deze kennis van belang om te bepalen hoe financiële prikkels ingezet kunnen worden om de verschillen te verkleinen.

7 Aandachtpunten voor beleid

De recente hervormingen in de langdurige zorg hebben geleid tot veel veranderingen bij de meeste partijen in de zorg waarbij cliënten, gemeenten, zorgaanbieders, verzekeraars en de rijksoverheid nieuwe rollen en verantwoordelijkheden hebben gekregen. Op korte termijn gaan dergelijke veranderingen van nature gepaard met allerlei tijdelijke fricties en problemen, omdat spelers hun plek in het nieuwe stelsel nog moeten zien te vinden. Daarnaast zal het ook nog een tijd duren voordat het stelsel volledig operationeel is. Zo valt een deel van de cliënten nog onder het overgangsrecht, zal de overheid de regels nog verder invullen (bv. Voor de bekostiging in de wijkverpleging) en zullen verzekeraars op termijn zorg moeten gaan inkopen voor hun eigen verzekerden in plaats van dit over te laten aan één verzekeraar die hen representeert. Onze analyse in dit rapport is daarom een momentopname. De vele veranderingen in de langdurige zorg pleiten voor een goede monitoring, niet zo zeer om de tijdelijke, als wel vooral om de structurele problemen die kunnen optreden tijdig aan te pakken, zoals een verschraling van de zorg of verdringing van andere gemeentelijke voorzieningen. Om de geplande evaluatie van de hervorming van de langdurige zorg te laten slagen, is het wenselijk dat er specifieke aandacht wordt geschonken aan de in dit rapport genoemde mogelijke knelpunten en de benodigde informatie voor de analyse daarvan. Door de ontwikkelingen in de langdurige zorg regelmatig te monitoren is het mogelijk knelpunten tijdig in beeld te brengen voor een eventuele beleidsaanpassing. De informatie die beschikbaar komt bij het monitoren kan nuttige input vormen voor de evaluatie.

7.1 De cliënt

Voor de cliënten veranderen er een groot aantal zaken. Doelstellingen van de hervorming zijn dat de ondersteuning dichter bij de burger komt en dat de kwaliteit toeneemt, maar ook dat mogelijkheden van mensen of hun sociale omgeving om zelf te voorzien in hulp en ondersteuning beter worden benut en dat de financiële houdbaarheid van de langdurige zorg verbetert. De hervorming gaat dan ook gepaard met ombuigingen. Nieuw aspecten bij de hervorming zijn het verplichte onderzoek door de gemeente bij de Wmo en de indicatie door de wijkverpleegkundige bij de Zvw, evenals een grotere nadruk op de inzet van mantelzorgers. Door de veranderingen krijgt de cliënt daarnaast te maken met nieuwe regels (zoals veranderingen in de hoogte van de eigen bijdrage) en met andere en meer loketten (Zvw, Wmo en Wlz); dit laatste komt doordat de cliënt soms zorg uit meerdere domeinen tegelijk krijgt, wat afstemming vereist. De afbakening uit welk domein, de Zvw of Wmo, de zorg aan de cliënt wordt verstrekt (bv. Bij persoonlijke verzorging) is niet altijd even scherp. Cliënten zullen moeten wennen aan de nieuwe manier van werken, die zowel positief als negatief voor de individuele cliënt kan uitpakken.

7.2 De gemeente

Door de decentralisaties wordt de rol van gemeenten in de langdurige zorg belangrijker. De bedoeling van de hervorming is dat gemeenten de ondersteuning doelmatiger uit gaan voeren, bijvoorbeeld door meer in te zetten op mantelzorg, door zelfstandigheid aan te leren bij de burger of door in te zetten op een algemene voorziening; alleen als dat niet voldoende is moeten gemeenten ook een maatwerkvoorziening inzetten. Van de betrokken zorgpartijen krijgen gemeenten relatief veel keuzemogelijkheden, bijvoorbeeld bij het inrichten van de indicatiestelling, bij het heffen van eigen bijdragen, bij het organiseren van de zorginkoop en bij het inrichten van de samenwerking met zorgverzekeraars.
De gemeenten hebben financiële prikkels om het geld dat beschikbaar is voor de Wmo efficiënt te besteden; zij ontvangen van de overheid een budget dat zij vrij mogen besteden, maar dat in de praktijk voor een belangrijk deel waarschijnlijk leidend zal zijn bij de uitvoering van de Wmo-ondersteuning. Gemeenten kunnen ervoor kiezen om meer geld uit te geven aan de Wmo dan vanuit het rijk ter beschikking wordt gesteld of juist minder (tot op zekere hoogte). Zo kan een gemeente ervoor kiezen vanuit een sociale of politieke motivatie meer zorg te bieden dan het toegekende budget toelaat, eventueel ten koste van andere gemeentelijke voorzieningen. De mate waarin gemeenten van het ontvangen budget afwijken, zal afhangen van hun preferenties, de wensen van de burger en de financiële situatie van de gemeente. De drang tot bezuinigen op het gemeentebudget kan leiden tot onbedoelde effecten, zoals een verschraling van de zorg, hoge eigen bijdragen of afwenteling van zorg op andere domeinen zoals de Wlz en de Zvw. Door de veranderende beleidsvrijheid kunnen de verschillen in het voorzieningenniveau van de Wmo tussen gemeenten groter worden dan in het verleden. Voor een meer doelmatige inrichting van de zorg, meer preventie en minder risico's op afwenteling is een goede afstemming tussen partijen, zoals gemeenten en verzekeraars, belangrijk.

7.3 De zorgverzekeraar

De wijkverpleging (persoonlijke verzorging en verpleging) is voor verreweg het grootste deel overgegaan van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). Een van de gedachten hierachter is dat een doelmatige wijkverpleging rekening houdt met de samenhang tussen wijkverpleging en de curatieve zorg, zoals ziekenhuisopnamen. Zorgverzekeraars maken in het kader van de zorginkoop afspraken met de aanbieders van wijkverpleging.
De indicatiestelling wordt niet uitgevoerd door de verzekeraar maar door wijkverpleegkundigen, die in dienst zijn van de aanbieder en die indicaties stellen op grond van het normenkader van hun beroepsgroep. Verzekeraars hebben op de indicatiestelling alleen indirect invloed, bijvoorbeeld door bij de inkoop nadruk te leggen op mantelzorg en op de inzet van hulpmiddelen waarmee de cliënt weer zelfstandig kan functioneren.
De aanbieder maakt echter zijn eigen afwegingen en kan kiezen voor een ruimere of krappere indicatiestelling dan gewenst door de verzekeraar.

Vooralsnog onderhandelen zorgaanbieders met één representatieve zorgverzekeraar per zorgkantoorregio en lopen verzekeraars een gering financieel risico voor hun deel in de zorg. Ook zijn de verzekeraars bij hun inkoop gebonden aan de beleidsregels van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). In de nabije toekomst zal dit gaan veranderen wanneer zorgverzekeraars onderling gaan concurreren binnen zorgkantoorregio's en wijkverpleging voor hun eigen verzekerden gaan inkopen, onder toeziend oog van de Autoriteit Consument en Markt (ACM). Zorgverzekeraars gaan tevens meer financiële risico's lopen bij de uitvoering en zullen meer vrijheid krijgen bij de inkoop. De gevolgen hiervan voor de wijkverpleging zijn onduidelijk, omdat er tegengestelde effecten kunnen optreden.
Enerzijds worden verzekeraars meer risicodragend, waardoor de financiële prikkels voor een meer doelmatige zorginkoop en zorgverlening groter worden. Verzekeraars krijgen daarnaast ook meer ruimte om aanbieders te prikkelen tot doelmatige zorg. Anderzijds kan de ondoelmatigheid in de uitvoering toenemen, omdat zorgaanbieders binnen een regio met alle zorgverzekeraars afspraken moeten gaan maken. De uitvoeringskosten kunnen daardoor toenemen. Ook heeft een individuele verzekeraar met een klein marktaandeel in de regio weinig inkoopmacht ten opzichte van de aanbieders. Als laatste wordt de afstemming tussen de Wmo en wijkverpleging complexer wanneer gemeenten met meerdere verzekeraars moeten overleggen.
Evenals bij gemeenten, kan bij verzekeraars een drang tot bezuinigen ook leiden tot onbedoelde effecten, zoals pogingen om zorg af te wentelen op andere verzekeraars of domeinen. Op dit moment is het te verwachten effect van de financiële prikkels op de doelmatigheid moeilijk in te schatten. Daarnaast kunnen, net als bij gemeenten, naast financiële ook andere motieven een rol spelen, zoals een sociaal normbesef en maatschappelijke verantwoordelijkheid.
Omdat de uitvoering binnen de Zvw valt en verzekeraars dus onderling gaan concurreren, is ook een adequaat systeem van risicoverevening voor de wijkverpleging van belang om risicoselectie tegen te gaan en zo de doelmatigheid van de zorg te bevorderen.

7.4 Zorgkantoren en het CIZ

De rijksoverheid is in het nieuwe stelsel verantwoordelijk voor de Wlz. De zorgomvang is echter beduidend kleiner geworden dan in de AWBZ, omdat veel lichtere vormen van zorg overgeheveld zijn naar de gemeenten en zorgverzekeraars. Uitvoeringstechnisch verandert er weinig. Net zoals voor de hervorming is het CIZ verantwoordelijk voor de indicatiestelling, die gebaseerd is op landelijke protocollen, en voeren de regionale zorgkantoren de zorginkoop uit (maken afspraken met zorgaanbieders). Zowel het CIZ als de zorgkantoren lopen geen financieel risico; wel stelt de overheid voor iedere zorgkantoorregio een budgettair kader op waarbinnen de uitgaven aan Wlz-zorg dienen te blijven. De doelmatigheid van de uitvoering zal sterk afhangen van hoe scherp landelijke protocollen en het uitvoerende CIZ de afbakening kunnen maken tussen welke zorg wel en welke niet in de Wlz thuishoort. Bij een minder goede afbakening neemt de kans toe dat zorg die thuishoort in de Zvw en Wmo terechtkomt in de Wlz (of andersom). De empirische analyse in hoofd-

stuk 6 laat zien dat een precieze indicatiestelling niet altijd even gemakkelijk is. Uiteraard is het van belang dat zorgkantoren de Wlz-zorg doelmatig organiseren. De beleidsvrijheid bij het CIZ wordt begrensd door de landelijke protocollen, maar volgens de kwantitatieve analyse lijkt de aanwezigheid van regionale verschillen erop te duiden dat er toch een zekere beleidsvrijheid bestaat. Bij het bewust of onbewust invullen van die beleidsvrijheid zullen indiceerders zich mogelijk ook laten leiden door sociaal-culturele overwegingen.

7.5 Effecten van hervormingen kunnen groot zijn

De kwantitatieve analyses laat zien dat er voor de hervormingen in 2015 lokale en regionale verschillen waren in indicatie en gebruik van zorg, ook na correctie voor zoveel mogelijk achtergrondkenmerken van de bevolking. Daarnaast vinden we verschillen tussen de indicatiestelling en het zorggebruik per cliënt. Hoewel niet helemaal duidelijk is wat deze verschillen veroorzaakt, kunnen deze erop duiden dat er mogelijkheden zijn voor verschillende partijen om de zorg anders en beter te organiseren. De recent ingezette hervormingen kunnen dus in potentie grote effecten hebben en resulteren in meer doelmatige of juist ondoelmatige zorg.

7.6 Afwentelgedrag tussen en binnen domeinen

Afwenteling van de Wmo of Zvw naar de Wlz

Zowel gemeenten als zorgverzekeraars (op termijn) hebben een financieel belang bij lagere zorguitgaven en dus prikkels om zorg af te wentelen op de Wlz. Bij cliënten met een zorgzwaarte op het grensgebied van zorg uit de Wmo/Zvw en uit de Wlz kan dit leiden tot een Wlz-indicatie in gevallen waarin zorg uit de Wmo en de Zvw doelmatiger zou zijn. Afwenteling kan ook optreden door toedoen van zorgaanbieders. Bijvoorbeeld: wanneer de verstrekking van extramurale zorg bij de zorgaanbieder is gebudgetteerd en deze weinig of geen budget meer over heeft, kan de aanbieder trachten te besparen door cliënten voor te stellen een Wlz-indicatie aan te vragen. Wanneer zorgaanbieders naast extramurale zorg ook zelf de intramurale zorg verstrekken, kan dat laatste financieel extra aantrekkelijk zijn. Andersom kan het ook voorkomen dat cliënten in de Wlz thuishoren maar daar niet terechtkomen, bijvoorbeeld omdat wijkverpleging voor hen financieel aantrekkelijker is dan zorg uit de Wlz.

Afwenteling tussen de Wmo en de Zvw

Een duidelijke afbakening van welke zorg in de Wmo en welke in de Zvw wordt verleend is belangrijk voor alle partijen (inclusief de cliënten). Onduidelijkheid kan vooral voorkomen bij persoonlijke verzorging, omdat deze grotendeels onder de Zvw valt maar voor een deel ook onder de Wmo. De gelegenheid tot afwenteling wordt groter naarmate het onduidelijker is of de zorg thuishoort in de Wmo of Zvw. Immers: voor zowel gemeenten als zorgverzekeraars, wanneer ze risicodragend worden, is het dan financieel aantrekkelijker om de zorg af te wentelen op de andere partij. Er zit ook een potentieel probleem in

afstemming en overlap als de cliënt zorg uit zowel de Wmo als de Zvw krijgt. Bijvoorbeeld: mag een zorgverlener die bij de cliënt is ook een klusje doen dat buiten haar/zijn taakom schrijving ligt?

Afwentelgedrag binnen een domein

Binnen een domein kan er ook afwenteling optreden. Wanneer aanbieders een te laag bedrag ontvangen voor te leveren zorg bestaat het risico dat ze dure cliënten te weinig zorg leveren of de zorg gaan afwentelen op andere aanbieders. In de Zvw kunnen verzekeraars overgaan tot risicoselectie wanneer de risicoverevening die de lasten eerlijk over de verzekeraars moet verdelen, onvoldoende is. Zij kunnen bijvoorbeeld proberen de verzekering onaantrekkelijk te maken voor verzekerden die naar verwachting veel gebruik maken van langdurige zorg.

Op dit moment is het moeilijk te beoordelen in hoeverre deze vormen van afwenteling een belangrijke rol spelen of gaan spelen. Er zijn financiële prikkels die in de richting van afwenteling wijzen. In het voorgaande hebben we vooral deze prikkels besproken. Daarnaast zijn er andere prikkels, die te maken hebben met politieke en sociale overwegingen en met beroepsethiek, die daar mogelijk een tegenwicht aan kunnen bieden. Toezicht houden op de verschillende markten is van belang om eventuele structurele problemen tijdig op te sporen. Monitoren kan daarbij behulpzaam zijn. Een noodzakelijke voorwaarde om kansen op afwentelgedrag te verminderen is een goede samenwerking tussen gemeenten, zorgaanbieders en verzekeraars.

7.7 Verschillen in regelingen voor eigen betalingen

De verschillende regelingen voor eigen betalingen lijken niet op elkaar te zijn afgestemd. Zo zijn er bij de wijkverpleging in de Zvw geen eigen betalingen meer voor persoonlijke verzorging en verpleging. Maar wanneer dezelfde zorg onderdeel is van de Wlz of de Wmo bestaan er weer wel eigen betalingen. Dit verschil, waar geen inhoudelijke reden voor is, kan de afweging van zorgvragers tussen verschillende zorgvormen vertekenen. Iets soortgelijks geldt voor eigen betalingen voor hulpmiddelen. Hulpmiddelen kunnen bijdragen aan de zelfredzaamheid van cliënten, waardoor ze een geringer beroep doen op wijkverpleging. Wanneer de cliënt echter een keuze moet maken, zal deze mogelijk sneller kiezen voor de wijkverpleging omdat hier eigen betalingen geen rol spelen; aan de andere kant kan de wens om niet afhankelijk te worden de cliënt toch doen kiezen voor hulpmiddelen. Het is daarom nuttig om te onderzoeken hoe de eigen betalingen onder verschillende regelingen beter op elkaar kunnen worden afgestemd. Het is bij dit onderzoek belangrijk om rekening te houden met gedragseffecten van cliënten, want lagere eigen betalingen in de Zvw en Wmo dan in de Wlz kunnen afwentelgedrag naar de (dure) Wlz helpen voorkomen. Uiteraard hebben veranderingen in eigen betalingen koopkrachteffecten voor de betreffende cliënten.

7.8 Problemen met investeringen die door schotten elders renderen

Door de vele regelingen en schotten bestaat de kans dat er minder geïnvesteerd wordt in een doelmatige zorg. Investeren in preventie wordt bijvoorbeeld minder rendabel wanneer de opbrengsten neerslaan bij andere partijen. Zo kan het inzetten van huishoudelijke hulp of wijkverpleging uitstroom naar de Wlz wellicht voorkomen of uitstellen. Dit geldt ook voor investeringen in technische hulpmiddelen (domotica). Deze investeringen komen echter ten laste van de Wmo of Zvw, terwijl de baten neerslaan bij de Wlz (lagere instroom). Nader onderzoek is nodig om vast te stellen in hoeverre deze problemen in de praktijk een belangrijke rol spelen.

Summary

Scope for choice in long-term care
Changes in the organisation and delivery of care

Background

The Dutch system of long-term care underwent radical reform at the start of 2015. Responsibility for some forms of non-institutional long-term care (principally in the form of assistance) was devolved to local authorities, which have been given different responsibilities under the renewed Social Support Act (Wmo 2015). For the first time, care insurers will play a role in the delivery of long-term care, with their new responsibility for delivering community nursing services. Regional care administration offices and the Care Needs Assessment Centre (CIZ) still operate a system of public insurance for long-term care funded by central government via the Long-term Care Act (Wlz), which has replaced the Exceptional Medical Expenses Act (AWBZ). The Wlz is focused on institutional care, which is only available to people with a severe care need.
The reforms have changed the incentives and/or motivations which cause stakeholders to make certain choices. This can have both intended and unintended effects. There is for example a financial incentive: a local authority which spends more on delivering care under the Wmo than the budget it has received for this from central government must make up the difference itself. This stimulates ('incentivises') the local authority to stay within budget. Other incentives also play a role, such as the intrinsic motivation to deliver good care, as well as legal and social norms and ethical considerations.
At the request of the Dutch Ministry of Health, Welfare and Sport, in this report the Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis (CPB) and the Netherlands Institute for Social Research (SCP) provide a deeper insight into the new choices facing those involved in the organisation of long-term adult care. The report also examines the scope for those choices and what consequences they may have for clients. This report was written at a time when the reforms had just been rolled out, and it is therefore too soon to draw firm conclusions. It provides a first insight into the changes that are taking place and where possible identifies potential bottlenecks in the system. To determine whether those bottlenecks will actually materialise, it is important to monitor developments on a regular basis, and it is sensible that an evaluation of the reforms has been planned.

Research design

Based on a qualitative analysis, we map out the incentives and available choices for the different stakeholders (local authorities, care insurers, care providers, care administration offices, CIZ and clients) following the reforms. We study the incentives that are theoretically contained in the legislation and examine what consequences these incentives can have for

the choices made. We look particularly at financial incentives, but other incentives, such as the motivation to maximise the protection of citizens' welfare, also receive attention. Ten interviews with local authorities, care insurers and care providers provide a first insight into the choices made. The analysis and interviews provide a snapshot, because the reforms have not yet been fully implemented everywhere. Transitional arrangements apply for many clients who are already in receipt of care, and many local authorities and care insurers are still developing their strategy. The regulations will also be amended further.
In a quantitative analysis, we then look at the recent past and analyse the variation in care use and assessed need for care in municipalities and care administration office regions. We also investigate whether the care actually used differs from the assessed need. Wide variation and large deviations may suggest that there is scope in practice for stakeholders (such as organisers of care provision, care providers and clients) to design care in a different, better or more efficient way.

Qualitative analysis

The changes in legislation and regulation on long-term care under the new Social Support Act (Wmo 2015) (provided through the local authority) and the Care Insurance Act (Zvw) (compulsory basic health care insurance) and the Wlz (centrally funded care), in conjunction with the existing competition laws, determine the scope that stakeholders will have under the law to make their own choices.
We analyse the incentives and choices that the various parties can make in theory. Most of them were discussed with organisers of long-term care provision in the first months after the introduction of the reforms. Key findings are discussed for each actor (clients and other stakeholders).

The client

Many things are changing for care clients. The reforms are intended to bring support closer to the citizen and to improve quality, but also to ensure that better use is made of the opportunities for people or their social networks to provide their own help and support and to make long-term care more financially sustainable. The reforms are accordingly accompanied by a number of changes. New elements in the reforms are the mandatory assessment by the local authority for provisions funded through the Wmo and the assessment by community nurses of the need for services under the Care Insurance Act (Zvw), as well as the greater emphasis on the use of informal carers. The changes also mean that clients will face new rules (such as changes in the amount of their co-payment) and different and more regulatory frameworks (Zvw, Wmo and Wlz); the latter change is because clients will sometimes receive care simultaneously under different regulations, requiring coordination. The decision as to which funding regime (Zvw or Wmo) provides care to the client (e.g. in the case of personal care) is not always clear-cut. Clients will have to get used to a new way of doing things, which may have both positive and negative effects for them.

The local authority

The decentralisation gives local authorities a bigger role in the provision of long-term care. The intention of the reforms is that local authorities will provide support more efficiently, for example by using more informal carers, by helping clients to become more independent or by aiming to deliver general rather than specific provisions; only where this is not adequate should local authorities offer customised solutions. Local authorities will be able to make quite a number of choices in relation to care, for example in designing the needs assessment structure, raising client co-payments, organising care procurement and setting up collaborative structures with care insurers.

Local authorities have been given financial incentives to spend the money available for Wmo-funded support efficiently; they receive a budget from central government which they can spend as they see fit, but which in practice is likely to play a leading role in the implementation of the Wmo. Local authorities can opt to spend more money on Wmo provisions than their budget from central government, or (to a certain extent) to spend less. For example, a local authority may choose for social or political reasons to offer more care than the allocated budget allows, possibly at the expense of other municipal provisions. The extent to which local authorities depart from the budget they receive will depend on their preferences, the wishes of the public and the financial position of the local authority. The urgency of the need to make savings in local authority budgets could lead to unintended effects, such as restrictions on care, high client co-payments or shifting the provision of care to other funding regimes, such as the Wlz and Zvw. The changing policy freedom could exacerbate differences in the level of Wmo-funded provisions between municipalities. Ensuring more efficient care delivery, more prevention and less risk of shifting the cost burden to other funding regimes requires good coordination between stakeholders such as local authorities and insurers.

The care insurer

The vast bulk of community nursing services (personal care and nursing) has been transferred from the AWBZ to the Care Insurance Act (Zvw). One of the underlying ideas here is that an efficient community nursing service takes account of the relationship between community nursing and curative care, such as hospital admissions. Care insurers make agreements in their care procurement process with community nursing service providers.

The needs assessment is not carried out by the insurer but by community nurses, who are employed by the provider and who make assessments based on the norms applying for their occupational group. Insurers can only influence the assessed need indirectly, for example by emphasising informal care in the procurement process and encouraging the use of medical and mobility aids which enable the client to function independently. However, providers make their own judgements and can opt for a broader or narrower needs assessment than the insurer wishes.

For the time being, care providers negotiate with one representative care insurer per care administration region, and insurers run a low financial risk for their part in the care process. Insurers are also bound by the policy rules of the Dutch Healthcare Authority (NZa) in their

procurement processes. This is set to change in the near future, when care insurers begin competing with each other within care administration regions and start procuring community nursing services for their own policyholders, under the supervision of the Authority for Consumers & Markets (ACM). Care insurers will also be exposed to more financial risks in the care administration process and will be given more freedom in the procurement process. What impact this will have on community nursing services is unclear, because conflicting effects could also occur.

On the one hand, insurers will carry more risk, increasing the financial incentives for more efficient care procurement and delivery. Insurers will also have more freedom to incentivise providers to deliver care efficiently. On the other hand, the lack of efficiency in the administrative process will increase because care providers will have to negotiate agreements with all care insurers within a region, leading to an increase in the administration costs. Individual insurers with a small market share within a region will also have little procurement power compared with providers. Finally, the coordination between the Wmo and community nursing services will be more complex if local authorities are required to negotiate with several insurers.

As with local authorities, the need to make savings can also lead to unintended consequences for insurers, such as attempts to shift care on to other insurers or funding regimes. The likely effect of the financial incentives on efficiency is difficult to assess at this juncture. In addition, as with local authorities, other motives can also play a role besides financial factors, such as social norms and social responsibility.

As the organisation of care comes under the Care Insurance Act (Zvw) under the new system and insurers will therefore be competing with each other, an adequate system of risk-sharing for community nursing services is important in order to counter cherry-picking of risks and thus promote the efficiency of care.

Care administration offices and the CIZ

In the new system, central government is responsible for care provided through the Long-term Care Act (Wlz). However, the amount of care funded under this new Act is substantially less than under the AWBZ it replaces, because responsibility for delivering many less intensive forms of care has been transferred to local authorities and care insurers. Administratively, little will change; just as before the reforms, the CIZ will be responsible for assessing needs based on national protocols, and the regional care administration offices will be responsible for care procurement (making agreements with care providers). Neither the CIZ nor the care administration offices will be exposed to financial risk, though the government is drawing up a budgetary framework for each care administration office region within which spending on Wlz-funded care will have to remain. The efficiency of the organisation of care will depend greatly on how clearly national protocols and the responsible CIZ are able to distinguish between which care is and which is not funded through the Wlz.

If this distinction is not clear-cut, there is a greater risk that care that should be provided through the Zvw and the Wmo will end up in the Wlz (or vice versa). The empirical analysis in chapter 6 shows that a precise needs assessment is not always easy. It is of course

important that care administration offices organise the Wlz-funded care efficiently. The policy freedom for the CIZ will be constrained by the national protocols, but according to the quantitative analysis (see later in this Summary), the presence of regional differences appears to suggest that there is a degree of policy freedom. In using that policy freedom, consciously or unconsciously, care need assessment officers may also be guided by socio-cultural considerations.

Coordination and cooperation

In the new long-term care system, coordination between the different stakeholders involved in organising the delivery of care is important for efficient care delivery. Here we discuss three topics where coordination and cooperation may be needed: benefits of investments accruing to a different party; cooperation between local authorities and insurers; and care that can be delivered from several different funding regimes.

A key task of local authorities and insurers is to ensure that clients can continue living at home for longer. This is socially efficient for some categories of clients, because they are then less likely to apply for expensive Wlz-funded care. However, these investments are less financially attractive for local authorities and insurers if they mean that they have to provide care to clients for longer, whereas the benefits of their investments accrue to the Wlz, for which central government is responsible. It is also possible that local authorities will reap the rewards of investments made in good care by insurers (and vice versa). These problems could prevent socially efficient investments from getting off the ground.

Many clients use care funded both via the Wmo and the Care Insurance Act (Zvw), for example a combination of domestic help and personal care. It is important that, from the client's perspective, the delivery of these different forms of care is as seamless as possible. Good coordination and a good working relationship can enable local authorities and insurers to organise the care efficiently. The joint procurement of care services and the ability to share budgets could foster coordination between local authorities and care insurers.

Finally, there are forms of care which can be provided from within two different funding regimes. For example, responsibility for personal care is divided between local authorities and care insurers, which could lead to disagreement as to which regime the client belongs in. Another example is care provided to clients whose impairments make them eligible for care, possibly provided at home, funded through the Wlz, but which could equally well be funded through the Wmo or Zvw by deploying informal carers. Which form of care is best depends on the perspective from which it is viewed. From a social perspective, it may be more efficient to keep the care delivery within the Wmo and Zvw, whereas the client may have a preference for care provided under the Wlz. Conversely, it may be socially desirable for the client to receive Wlz-funded care, whereas the client would prefer Zvw-funded care because they then do not have to pay a contribution for community nursing services, which they do have to pay when receiving Wlz-funded care.

In the ten interviews with local authorities, care insurers and care providers, all parties agreed that care should be organised as efficiently as possible; they also felt that a good working relationship between local authorities and care insurers is helpful in ensuring good

coordination and that shifting care delivery to the centrally-funded Wlz is not desirable. The local authorities interviewed make widely different choices regarding the organisation of needs assessment and the method of procurement, and some local authorities assign a greater role to care providers in assessing needs than others. The three local authorities interviewed each make their own procurement choices: one local authority purchases hours without specifying the care on which those hours must be spent; another procures care based on deliverables priced at a fixed amount (e.g. buying in help for 'a clean house'). Insurers also appear to differ in their plans for the coming years, when they will have more freedom in the procurement of care. Some insurers are more focused on selective procurement than others, possibly using new contract models such as performance costing.

Quantitative analysis

Needs assessments and use of care

The first part of the quantitative analysis used analysis at local authority level to investigate whether there were regional differences prior to 2015 in the use of domestic help funded through the Wmo and in the assessments for institutional and non-institutional care funded (centrally) through the AWBZ. Those regional differences do not tell us very much if we do not take account of differences in need. We therefore used a model to correct for background characteristics of the population: health characteristics plus demographic, socio-economic and geographical characteristics.
Examples of population characteristics that increase care use or assessed need include many people with long-term disorders or physical impairments, a high proportion of older persons and single parents, few informal carers and a high proportion of low-income households. The analysis makes clear which regional differences occur in the care prevalence – the percentage of the adult population which at a certain point uses or is assessed with a need for care within a given year. The regions are care administration regions; there are 32 regions in the Netherlands with individual care administration offices. The study covers the period 2009-2012.
After controlling as fully as possible for differences in need, regional differences still remain in the prevalence of assessed need and use of care. The picture for domestic help is as follows: in the region with the highest percentage prevalence that cannot be explained by background population characteristics, that percentage is 10% above the average; in the region with the lowest such prevalence, it is 11% below the average. The percentages for non-institutional care are -22% and +14%, respectively, and for institutional care they are -18% and +12%.
The regional variation in assessed need/use is largely related to characteristics of municipalities and year effects. With institutional care it is more difficult to control for differences in need, possibly due to the lack of supply factors, uncertainty in establishing whether someone needs institutional care, but above all due to a mismatch between the municipalities where institutions are located and the municipalities from which their residents originate.

Further research is needed to investigate precisely whether and to what extent background factors that were not included, such as differences in the demand culture, the supply, policy differences (Wmo) and the difference in needs assessment (AWBZ) and use of Wmo-funded care play a role.
According to the correction model, the variation in use of domestic help funded under the old Wmo is greater for first-time use than for the total use. However, this finding cannot simply be translated to the new Wmo. In the future, variation in the prevalence of Wmo-funded support may increase due to the new role of local authorities. Monitoring these prevalences could provide an insight in the future into whether the variation has increased. The differences found may also suggest that uniform needs assessment is difficult and that the new care system allows scope to make different choices. Those choices will depend on the various incentives that stakeholders have (or will receive).

Difference between assessed need for and use of AWBZ-funded care

In the second part of the quantitative analysis we looked at differences between assessed need for AWBZ-funded care and its use in 2011 and 2012, using data at individual level. As in the study of regional differences described above, in looking at the needs assessment we focus on differences between types of care and between regions. We also control for background characteristics of the clients which may influence those differences.
The analysis reveals that only a small proportion of clients use all the care to which they are entitled according to their needs assessment, even for the lowest level of assessed need. Some clients use no care at all (or perhaps use a personal budget). The proportion of the allocated care that is used varies widely between care types, care intensities and regions. For non-institutional care, the care intensity is expressed as the number of hours allocated, and for institutional care through the care intensity packages (packages which indicate the institutional care to which an assessed client is entitled). The more hours of non-institutional care that are allocated, the smaller the proportion of allocated care that is used, especially nursing and personal care.
We also find differences between regions. Based on the model used, the regional variation barely changes after controlling for background characteristics. This is probably because personal characteristics influence both the assessed need and the use of care, because health characteristics at individual level were not available and no allowance was therefore made for background characteristics such as supply variables. The regional variation is greatest for personal care.
The analyses of assessed need for institutional care also show that roughly a quarter of those assessed with a need for such care in 2011 used non-institutional care at a certain point. As expected, this was relatively often the case in the four lowest care intensity packages for nursing and care services.
Almost no assessed need for non-institutional care is utilised fully, suggesting that for many clients, the assessed need imposes virtually no restrictions on their care use. Several explanations are possible for the discrepancy between care use and assessed need.
In some cases, the CIZ may have deliberately assessed the need generously, for example if a

client has a varying care need or if it is impractical to regularly adapt the assessment to keep pace with a rising need for care. Other possible explanations are limited demand for care by the client (client co-payments may play a role here), limited budgets for the care administration offices or delivery of (good-quality) care by care providers which fails to keep pace with demand. One-off factors can also play a role, such as holidays or a hospital admission. Finally, it may turn out later that the assessment by the CIZ was mistakenly too generous, for example because care providers made the assessment themselves (and the CIZ did not check those assessments in all cases).
Given the discrepancy between assessed need for and use of care, in practice it is mainly the care administration office, the care provider and the client who decide how much (and in some cases what type of) care is used. One likely consequence of this is that care use will not always reduce proportionally if local authorities and community nurses begin applying stricter criteria in assessing need. On the other hand, this stricter assessment may lead to increased efficiency in cases where the CIZ has given a generous need assessment and the client receives more care than they need.

Effects of reforms could be significant

The quantitative analyses show that, prior to the reforms in 2015, there were local and regional differences in assessed need for and use of care, even after correcting for as many background characteristics of the population as possible. We also find differences between assessed need and care use per client. Although it is not entirely clear what causes these differences, they may be an indication that there is scope for the various stakeholders to organise care differently and better. The recent reforms could therefore potentially have significant effects and lead to more efficient – or, conversely, more inefficient – care.

Pointers for policy

The recent reforms in the Dutch long-term care system have led to many changes for most stakeholders, with new roles and responsibilities for clients, local authorities, care providers, care insurers and government. In the short term, such changes are naturally accompanied by all manner of temporary frictions and problems, as stakeholders gradually find their place in the new system. It will moreover take some time before the system is fully operational. For example, some clients are still covered by transitional rules, the government has still to flesh out the rules in some cases (e.g. for the funding of community nursing), and insurers will eventually have to procure care for their own policyholders rather than leaving this to a single insurer who represents them. Our analysis in this report is therefore a snapshot. The many changes in long-term care warrant close monitoring, not so much to address the temporary issues, but more to identify the structural problems that may occur in good time, such as restrictions on care or displacement of other local authority provisions. To ensure that the planned evaluation of the long-term care reforms is successful, it would be wise to devote specific attention to the potential problem areas highlighted in this report and to the information needed to analyse them. Regularly monitoring

developments in long-term care will enable problems to be identified early and policy adjustments to be made where necessary. The information obtained through monitoring can form useful input for the evaluation.

Shifting responsibility for care delivery between and within funding regimes

Shifting care delivery from the Wmo or Zvw to the Wlz

Both local authorities and care insurers (ultimately) have a financial interest in reducing expenditure on care and therefore have incentives to shift responsibility for providing care to the centrally funded Wlz. For clients with a care need that is on the boundary of care provided under the Wmo/Zvw and the (centrally funded) Wlz, this can lead to an assessed need for Wlz-funded care in cases where care delivered via the Wmo and the Zvw would be more efficient. Shifting responsibility for care delivery can also arise due to the actions of care providers. For example, if a provider has a budget to cover the provision of non-institutional care and that budget is almost fully exhausted, the provider may try to save money by suggesting that clients apply for Wlz-funded care. If care providers provide institutional as well as non-institutional care, this can be an even more attractive proposition. Conversely, clients who should properly receive care through the Wlz may not do so, for example because community nursing is a financially more attractive option for them than care provided through the Wlz.

Shifting responsibility for care delivery between the Wmo and the Zvw

All stakeholders (including clients) benefit from a clear definition of which care is provided through the Wmo (local authority responsibility) and which through the Zvw (care insurers). There is a particular risk of a blurring of the distinction for personal care, because this is mostly provided through the Zvw, but to some extent also under the Wmo. The opportunities for shifting responsibility increase as it becomes less clear where the care delivery properly belongs. It is then financially more attractive for both local authorities and care insurers, when they become the parties that carry the risk, to shift responsibility for the care delivery to the other party. There is also a potential problem of coordination and overlap if a client receives care through both the Wmo and the Zvw. For example, is it admissible for a care provider who is already at the client's home to carry out a task that in reality falls outside their remit?

Shifting responsibility for care delivery within a funding regime

This behaviour can also take place within a funding regime. If providers receive too little funding for the care they have to deliver, there is a risk that they will provide little care to expensive clients or will try to shift responsibility for that care to other providers. The Zvw enables care insurers to engage in risk selection if the risk-sharing that is intended to distribute the costs fairly among the insurers is inadequate. They may for example try to make their insurance unattractive for potential clients who are likely to make heavy use of long-term care.

It is difficult at this juncture to assess the current or potential significance of this type of behaviour. As discussed above, however, there are financial incentives which point in this direction. There are also other incentives, related to political and social considerations and professional ethics, which may offer a counter to the former incentives. It is important to keep the various markets under supervision in order to identify any structural problems in good time. Monitoring can be a useful tool here. One condition for reducing the opportunities for shifting responsibility for care delivery is good cooperation between local authorities, care providers and care insurers.

Differences in rules on co-payment

The different rules governing co-payments do not appear to be coordinated. For example, for community nursing services provided through the Zvw, client co-payments are no longer required for personal care and nursing services. However, if that same care forms part of a care package delivered through the Wlz or the Wmo, co-payments are required. This discrepancy, for which there is no substantive reason, may distort the judgement of potential clients when choosing between different types of care. Something similar applies for client co-payments for medical or mobility aids. Such aids can help clients function more independently, which means they need to make less use of community nursing services. However, where the client has to make a choice, they may be more likely to choose community nursing because no co-payments are required; on the other hand, the desire not to be dependent may prompt a client to prefer medical or mobility aids. It is therefore useful to investigate how co-payments could be better coordinated under the different rules. In doing so, it is important to take into account the behavioural effects on clients, because ensuring that co-payments are lower for care funded through the Zvw and the Wmo than for Wlz-funded care could help prevent responsibility for care delivery being shifted towards (expensive) Wlz-funded care. Naturally, changes in co-payments also have purchasing power effects for the clients concerned.

Problems with investments which deliver returns elsewhere due to compartmentalisation

The plethora of rules, schemes and compartments means there is a risk that less will be invested in efficient care. Investing in prevention is for example less profitable if the proceeds benefit other parties. For example, providing domestic help or community nursing services may defer or prevent the clients concerned moving on to expensive Wlz-funded care. This also applies for investments in technical aids (domotics). However, these investments are financed through the Wmo or Zvw, whereas the benefits accrue to the Wlz (fewer incoming clients). Further research is needed to determine the extent to which these problems play a significant role in practice.

Literatuur

Andersson Elffers Felix (2015). Evaluatie inkoop Wmo 2015 in 2014. Geraadpleegd 28 augustus 2015 via www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2015/03/26/evaluatie-inkoop-wmo-2015-in-2014

APE (2012).*Verdeelmodel AWBZ 2013 en een toekomstig verdeelmodel voor de zorgverzekeraars.* Den Haag: APE.

Ark (2015). *Regionale verschillen in de langdurige zorg. Mogelijke verklaringen voor zorggebruik van ouderen en chronisch zieken.* Den Haag: Algemene Rekenkamer.

Arrighi, Y., B. Davin, A. Trannoy en B. Ventelou (2015). The non-take up of long-term care benefit in France: a pecuniary motive? Te verschijnen in: *Health Policy*. (http://www.healthpolicyjrnl.com/article/S0168-8510(15)00169-4/pdf)

Baarsma, Barbara, Flip de Kam, Robin Linschoten, Weijer VerLoren van Themaat en Marco Varkevisser (2012). Advies commissie macrobeheersinstrument. Van structureel kortingsinstrument naar daadwerkelijk ultimum remedium. Geraadpleegd 7 september 2015 via www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2012/06/05/advies-commissie-macrobeheersinstrument

CBS (2013). Bijna 6 procent van volwassenen indicatie voor langdurige zorg. Geraadpleegd 31 augustus 2015via www.monitorlangdurigezorg.nl/publicaties/publicaties-2013/bijna-6-procent-van-volwassenen-indicatie-voor-langdurige-zorg

CBS (2014a). Personen met gebruik zorg zonder verblijf (zzv) naar combinaties van functies, 2012. Geraadpleegd 21 augustus 2015 via www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheid-welzijn/cijfers/incidenteel/maatwerk/default.htm

CBS (2014b). Gezondheidsmonitor. Geraadpleegd 31 augustus 2015 via statline.cbs.nl/Statweb/selection/?dm=SLNL&PA=82166NED&VW=T

CBS (2015a). Personen met persoonsgebonden budget (pgb); functie, grondslag en regio. Geraadpleegd 24 augustus 2015 via mlzstatline.cbs.nl/Statweb/publication/?vw=T&DM=SLNL&PA=40034NED&D1=0,2&D2=a&D3=2&D4=0-5&D5=0&D6=1&HD=150803-1109&HDR=T,G1,G2,G5&STB=G4,G3

CBS (2015b). Persoonsgebonden budget (pgb); toegekend en besteed budget. Geraadpleegd 24 augustus 2015 via mlzstatline.cbs.nl/Statweb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=40027NED&D1=a&D2=3&HD=150803-1110&HDR=T&STB=G1

CBS (2015c). Zorg in natura; uitgaven/volume op basis van nacalculatie en afspraken. Geraadpleegd 10 augustus 2015 via mlzstatline.cbs.nl/Statweb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=40026NED&D1=64-65,89-90&D2=1&HD=150803-1137&HDR=G1&STB=T

CBS (2015d). Monitor Langdurige Zorg. Geraadpleegd 16 juli 2015 via www.monitorlangdurigezorg.nl

CIZ (2014). *CIZ trendrapportage 2013. Ontwikkelingen in de aanspraak op AWBZ-zorg 2010-2013*. Driebergen: Centrum indicatiestelling zorg.

CPB (2015). *Macro Economische Verkenning 2015.* Den Haag: Centraal Planbureau.

Eggink, Evelien, Debbie Oudijk en Klarita Sadiraj (2012). *VeVeRa-IV. Actualisatie en aanpassing ramingsmodel verpleging en verzorging 2009-2030.* Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Eijkel, Remco van, en Wouter Vermeulen (2015). *Een ruimer lokaal belastinggebied*. Den Haag: Centraal Planbureau (Policy brief 2015-4).

Etzioni, Amitai (2008). Twenty years of ‘The Moral Dimension: Toward a New Economics’. In: *Socio-Economic Review*, jg. 6, nr. 1, p. 135-173.

Geerts, Joanna, Peter Willemé en Esther Mot (red.) (2012). Long-Term Care Use and Supply on Europe: Projections for Germany, the Netherlands, Spain and Poland. Geraadpleegd 24 augustus 2015 via http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/RR%20No%20116%20_ANCIEN%20WP6_%20Projecting%20LTC%20Use%20&%20Supply_UPDATED_Nov2012_OK.pdf

Houten, Gijs van, Mathijs Tuynman en Rob Gilsing (2008). *De invoering van de Wmo: gemeentelijk beleid in 2007*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
Kattenberg, Mark en Wouter Vermeulen (2015). *The stimulative effect of an unconditional block grant on the decentralized provision of care*. Den Haag: Centraal Planbureau (CPB Discussion Paper 308).
Kok, Lucy, Caroline Berden en Klarita Sadiraj (2015) Costs and benefits of home care for the elderly versus residential care: a comparison using propensity scores. In: *The European Journal of Health Economics*, jg 16, nr. 2, p. 119-131.
Koster, Y. de (2015). Gemeenten lappen verplichtingen Wmo aan de laars. Geraadpleegd 28 augustus 2015 via www.binnenlandsbestuur.nl/sociaal/nieuws/gemeenten-lappen-verplichtingen-wmo-aan-de-laars.9479847.lynkx
KPMG Plexus (2013). Prestatiebekostiging: waarom, wat en hoe? Geraadpleegd 10 juli 2015 via www.kpmg.com/NL/nl/IssuesAndInsights/ArticlesPublications/Pages/Populatiebekostiging-waarom-wat-en-hoe.aspx
Kromhout, Mariska, Peteke Feijten, Frieke Vonk, Mirjam de Klerk, Anna Maria Marangos, Wouter Mensink, Maaike den Draak en Alice de Boer (2014). *De Wmo in beweging. Evaluatie Wet maatschappelijke ondersteuning 2010-2012*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
Mot, Esther (2010). *The Dutch system of long-term care.* Den Haag: Centraal Planbureau (CPB Document 204)
NZa (2010). Bijlage 1 bij beleidsregel CA-452. Zorgzwaartepakketten Sector V&V. Versie 2011. Geraadpleegd 10 augustus 2015 via www.nza.nl/1048076/1048155/CA_452_bijlage_1_sector_V_V.pdf
Plaisier, Inger en Mirjam de Klerk (2015). *Zicht op zorggebruik. Ontwikkelingen in het gebruik van huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging en verpleging tussen 2004 en 2011*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
Ras, Michiel, Evert Pommer en Klarita Sadiraj (2014). *Kostenverschillen in de jeugdzorg. Een verklaring van verschillen in kosten tussen gemeenten*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP-publicatie 2014-40)
RIVM (2015). www.zorgatlas.nl/gezondheid-en-ziekte, geraadpleegd 3 augustus 2015.
RMO (2010). *Indicatiestelling: Omstreden toegang tot zorg*. Den Haag: Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling.
TK (2013/2014). *Regels inzake de verzekering van zorg aan mensen die zijn aangewezen op langdurige zorg (Wet langdurige zorg). Memorie van toelichting.* Tweede Kamer, vergaderjaar 2013/2014, 33891, nr. 3
Torre, Ab van der, en Lisa Putman (2015). *Wmo- en AWBZ-voorzieningen 2009-2012. Een nulmeting.* Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
Transitiebureau Wmo (2014). Informatiekaart Stappenplan inkoop Wmo. Geraadpleegd 3 augustus 2015 via www.invoeringwmo.nl/sites/default/files/Informatiekaart%20stappenplan%20inkoop%20Wmo.pdf.
Vektis (2013). *Zorgthermometer Zorg in regio's*. Jaargang 18, september 2013. Geraadpleegd 3 augustus 2015 via www.vektis.nl/downloads/Publicaties/2013/Zorgthermometer%20-%20Zorg%20in%20Regios/files/assets/basic-html/index.html#1
Vermeulen, Wouter, Remco van Eijkel, Kenny Martens, Mariëlle Non en Ruud Okker (2014). *Vervolgrapportage decentralisaties in het sociaal domein.* Den Haag: Centraal Planbureau (CPB Notitie | 26 juni 2014).
Verschelling, Marjoke (2015). Wmo 2015: wat is er veranderd? Geraadpleegd 28 augustus 2015 via www.movisie.nl/artikel/wmo-2015-wat-er-veranderd
VNG (2015a). OZB. Geraadpleegd 25 augustus 2015 via vng.nl/onderwerpenindex/belastingen/ozb
VNG (2015b) VNG (2015). Uitspraken Wmo-huishoudelijke hulp: gevolgen voor gemeenten. Geraadpleegd 03-08-2015 via https://vng.nl/onderwerpenindex/maatschappelijke-ondersteuning/wmo-2015/nieuws/uitspraken-wmo-huishoudelijke-hulp-gevolgen-voor-gemeenten
V&VN (2014). Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving. Geraadpleegd 1 augustus 2015 via www.venvn.nl/LinkClick.aspx?fileticket=TOP1d8dPT_E%3D&portalid=1

Bijlage A Beschrijving systeem van langdurige zorg

A.1 Inleiding

In hoofdstuk 2 en 3 van *Keuzeruimte in de langdurige zorg, Veranderingen in het samenspel van zorgpartijen en cliënten* is het nieuwe systeem van langdurige zorg op hoofdlijnen geschetst. In deze bijlage geven we een meer gedetailleerde beschrijving van de langdurige zorg voor volwassenen, de jeugdzorg laten we buiten beschouwing.
Tot 2015 viel het grootste deel van de langdurige zorg onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), een volksverzekering die werd uitgevoerd door de zorgverzekeraars via de zogenaamde zorgkantoren. In 2007 was al een eerste stap richting decentralisatie gezet: de huishoudelijke verzorging is toen naar de gemeenten overgeheveld in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), die in dat jaar werd ingevoerd.
In de nieuwe situatie vanaf 2015 is de AWBZ opgesplitst. Er is een nieuwe volksverzekering, de Wet langdurige zorg (Wlz), die voor een veel beperktere groep zorgvragers is bedoeld; alleen de mensen die blijvend behoefte hebben aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid hebben recht op zorg vanuit de Wlz. Net als onder de AWBZ stelt het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) vast of iemand recht heeft op Wlz-zorg. De zorg wordt ingekocht door regionale zorgkantoren. Wlz-zorg wordt vaak intramuraal verleend, maar dit hoeft niet. Onder bepaalde voorwaarden is het mogelijk om deze zorg thuis te ontvangen, bijvoorbeeld met een volledig pakket thuis (vpt).
De minder intensieve zorg wordt deels de verantwoordelijkheid van de gemeenten onder de nieuwe Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo 2015) en deels van de zorgverzekeraars als nieuw onderdeel van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Onder de Wmo 2015 zijn de gemeenten verantwoordelijk voor de maatschappelijke ondersteuning van hun inwoners. De nieuwe taken behelzen onder andere begeleiding, persoonlijke verzorging in samenhang met begeleiding, beschermd wonen en ondersteuning aan mantelzorgers. De zorgverzekeraars zijn vanaf 2015 verantwoordelijk voor de persoonlijke verzorging die niet in samenhang met begeleiding wordt gegeven en voor verpleging.
De Wlz staat volledig los van de Zvw en de Wmo 2015; gemeenten en zorgverzekeraars hoeven geen zorg te regelen voor iemand met een Wlz-indicatie. Wel moeten gemeenten, zorgverzekeraars, CIZ en zorgkantoren samenwerken om te zorgen dat de verschillende typen zorg goed op elkaar aansluiten.
In de volgende paragrafen gaan we achtereenvolgens in op de regulering voor gemeenten (Wmo 2015), zorgverzekeraars (Zvw) en Wlz-uitvoerders (CIZ en zorgkantoren).

A.2 Gemeenten

Onder de Wmo 2015 zijn gemeenten verantwoordelijk voor de maatschappelijke ondersteuning van hun inwoners, waaronder voor huishoudelijke hulp, begeleiding, beschermd wonen en ondersteuning aan mantelzorgers.[72] De middelen voor al deze taken ontvangen

zij grotendeels van het rijk. Daarnaast heffen ze eigen bijdragen bij burgers die ondersteuning gebruiken.
De gemeenten hebben een grote beleidsvrijheid om de Wmo 2015 naar eigen inzicht in te vullen. Wel omvat de Wet een aantal algemene eisen voor bijvoorbeeld het onderzoek naar de ondersteuningsbehoefte van burgers, de kwaliteit van de ondersteuning, het aanbieden van een persoonsgebonden budget (pgb) en de hoogte daarvan. In de subparagrafen A.2.1 tot en met A.2.4 gaan we verder op deze eisen in.
Zorgverzekeraars zijn vanaf 2015 verantwoordelijk voor andere onderdelen van de langdurige zorg thuis, namelijk de persoonlijke verzorging (voor zover deze samenhangt met een (verhoogd risico op) behoefte aan geneeskundige zorg) en verpleging. Het is daarom belangrijk dat gemeenten en zorgverzekeraars met elkaar samenwerken. De Wmo 2015 verplicht gemeenten om in het plan dat zij periodiek moeten opstellen voor het maatschappelijke ondersteuningsbeleid, ook aandacht te besteden aan samenwerking met zorgverzekeraars en zorgaanbieders als bedoeld in de Zvw (artikel 2.1.2).

A.2.1 Indicatiestelling

Gemeenten moeten bepalen of inwoners die zich bij het college melden met een behoefte aan maatschappelijke ondersteuning, in aanmerking komen voor een maatwerkvoorziening. Het uitgangspunt is dat die alleen wordt verstrekt als de inwoner geen andere mogelijkheden heeft om zelfredzaam te zijn of te participeren. Daarom kijkt de gemeente tijdens het onderzoek naar de ondersteuningsbehoefte of het probleem niet op te lossen valt door middel van eigen kracht, gebruikelijke hulp of mantelzorg, met hulp van andere personen uit het sociale netwerk, met een algemene voorziening[73] of met maatschappelijk nuttige activiteiten.[74] Als al deze opties geen oplossing bieden, moet de gemeente een maatwerkvoorziening aanbieden als de inwoner een aanvraag daarvoor indient.[75]
Een maatwerkvoorziening kan op grond van artikel 2.3.5, lid 6, van de Wmo 2015 worden geweigerd als een cliënt voldoet aan de criteria van de Wlz.
Gemeenten moeten zich een goed beeld vormen van de ondersteuningsbehoefte van inwoners. Het onderzoek moet plaatsvinden in samenspraak met de betrokkene en eventueel diens mantelzorger(s), en begint met een onderzoek naar de persoonskenmerken,

---

72 Een beperkt deel van de persoonlijke verzorging behoort ook tot de verantwoordelijkheid van gemeenten, namelijk voor cliënten voor wie de persoonlijke verzorging in het verlengde ligt van begeleiding.

73 Een algemene voorziening behelst het aanbod van diensten of activiteiten dat, zonder voorafgaand onderzoek naar de behoeften, persoonskenmerken en mogelijkheden van de gebruikers, toegankelijk is en dat gericht is op maatschappelijke ondersteuning. Wel wordt eventueel een eigen bijdrage geheven. Bij een algemene voorziening valt bijvoorbeeld te denken aan een maaltijdvoorziening, collectief vervoer (bv. een regiotaxi tegen gereduceerd tarief) of opvang voor dak- en thuislozen.

74 Het verrichten van maatschappelijk nuttige activiteiten kan bijvoorbeeld helpen tegen eenzaamheid volgens de Memorie van Toelichting bij de Wmo. Denk bijvoorbeeld aan vrijwilligerswerk in het buurthuis.

75 Het onderzoek en de aanvraag zijn twee gescheiden fasen.

behoeften en voorkeuren van de aanvrager. Het moet professioneel en zorgvuldig plaatsvinden en de hulpvraag moet integraal en domeinoverstijgend worden bekeken.[76]
De gemeente moet ook onderzoeken of maatregelen ter ondersteuning van de mantelzorger van de cliënt nodig zijn. De aanvrager kan indien gewenst gebruik maken van kosteloze cliëntondersteuning.[77] De gemeente moet informatie geven over de mogelijkheden voor een pgb en over de gevolgen van een keuze daarvoor.
De Wmo schrijft niet voor hoe het onderzoek georganiseerd moet worden. Als de gemeente aan de algemene eisen voldoet, is zij hier verder vrij in.

A.2.2 De zorg

De verplichting voor de gemeente om indien nodig maatwerk te leveren is in de Wmo 2015 ruimer geformuleerd dan de compensatieplicht in de eerdere Wmo. Deze nieuwe verplichting heeft betrekking op alle gevallen waarin iemand problemen heeft met zijn zelfredzaamheid en participatie, of beschermd wonen of opvang nodig heeft. De maatwerkvoorziening moet gegeven het onderzoek een passende bijdrage leveren aan zelfredzaamheid of participatie en de cliënt helpen zo lang mogelijk in de eigen leefomgeving te kunnen blijven. Binnen die randvoorwaarden is de gemeente vrij in het kiezen van een specifieke voorziening. Hoe de gemeente die vrijheid zal benutten, zal nog moeten uitkristalliseren.

Kwaliteit

De gemeenten zijn volgens de Wmo 2015 integraal verantwoordelijk voor de kwaliteit en continuïteit van de maatschappelijke ondersteuning. Onder de oude Wmo, voor 2015, vielen zorgaanbieders onder de Kwaliteitswet zorginstellingen. Onder deze laatste wet zijn zorgaanbieders verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg en wordt de kwaliteit gecontroleerd door de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Onder de Wmo 2015 zijn de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet klachtrecht cliënten zorgsector niet meer van toepassing. Gemeenten moeten zelf regels stellen voor de kwaliteit van ondersteuning, het klachtrecht en de medezeggenschap van cliënten. De regering hoopt dat ze daarbij gebruik kunnen maken van nog te ontwikkelen landelijke kwaliteitsstandaarden. Gemeenten zijn onder de Wmo 2015 verplicht om lokaal kwaliteitsbeleid te ontwikkelen. Net als onder de

---

76 Het onderzoek omvat ook de mogelijkheden om door middel van samenwerking met zorgverzekeraars, zorgaanbieders en partijen op het gebied van publieke gezondheid, jeugdhulp, onderwijs, welzijn, wonen, werk en inkomen te komen tot een zo goed mogelijk afgestemde dienstverlening.

77 Cliëntondersteuning is in de Wmo gedefinieerd als onafhankelijke ondersteuning met informatie, advies en algemene ondersteuning die bijdraagt aan het versterken van de zelfredzaamheid en participatie en het verkrijgen van een zo integraal mogelijke dienstverlening. De ondersteuning kan worden geleverd door vrijwilligers, bijvoorbeeld via de ouderenbonden, maar ook onder andere MEE en welzijnsorganisaties kunnen (professionele) cliëntondersteuning leveren. Een cliëntondersteuner kan bijvoorbeeld aanwezig zijn bij het keukentafelgesprek om daar de belangen van de cliënt te behartigen.

Kwaliteitswet dragen aanbieders nog steeds directe verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de ondersteuning. Artikel 3.1, lid 1 van de Wmo 2015 luidt: ‘De aanbieder draagt er zorg voor dat de voorziening van goede kwaliteit is.’ De Wmo 2015 stelt wel een basisnorm: ‘De voorzieningen moeten in elk geval veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht worden verleend en afgestemd zijn op de reële behoefte van de cliënt en op andere vormen van zorg of hulp die de cliënt ontvangt.’ (Memorie van Toelichting bij de Wmo 2015 (TK (2013/2014b): 45-46)).
Bij algemene maatregel van bestuur kunnen nadere eisen worden gesteld aan de aanbieders, indien nodig.

A.2.3 Persoonsgebonden budget

Iemand die in aanmerking komt voor een maatwerkvoorziening heeft onder een aantal voorwaarden recht op een pgb dat wordt beheerd door de Sociale Verzekeringsbank. Deze voorwaarden zijn:

1. De cliënt is in staat om de taken die horen bij het pgb uit te voeren, of heeft een vertegenwoordiger, bijvoorbeeld een partner, die deze taken op zich kan nemen.[78]
2. De cliënt kan motiveren dat het bestaande aanbod in de gemeente niet passend is.
3. De gemeente is ervan overtuigd dat de met het pgb ingekochte zorg veilig, doeltreffend en cliëntgericht wordt verstrekt.

De gemeente mag een pgb weigeren als het pgb duurder is dan een maatwerkvoorziening. De hoogte van het pgb moet toereikend zijn. Binnen deze randvoorwaarde zijn gemeenten vrij om tarieven vast te stellen en te differentiëren tussen verschillende situaties (bv. Mantelzorg, formele zorg op mbo-niveau en specialistische zorg op hbo-niveau). In de gemeentelijke verordening moet worden aangegeven hoe de tarieven worden bepaald. Gemeenten mogen wel een lager tarief vaststellen voor betaling van zorg uit het eigen sociale netwerk, maar ze mogen het gebruik van het pgb voor het inkopen van niet-professionele zorg niet helemaal uitsluiten (Transitiebureau Wmo 2015).
De cliënt mag met de zorgverlener een hoger tarief afspreken dan het door de gemeente vastgestelde maximumtarief, maar moet het verschil dan zelf bijbetalen. Hetzelfde geldt als de cliënt meer zorg wil inkopen dan het pgb toelaat.

A.2.4 Eigen bijdragen

Er geldt geen inkomens- of vermogenstoets voor de Wmo 2015; gemeenten mogen inwoners niet op voorhand uitsluiten van een Wmo-aanvraag vanwege hun inkomen of vermogen, en mogen ook niet op deze gronden de toegang voor inwoners beperken. Wel kunnen gemeenten voor het gebruik van een voorziening of dienst een eigen bijdrage vragen die mede afhankelijk is van inkomen en vermogen en die niet hoger mag zijn dan de kostprijs van de voorziening.[79]

78 Het pgb mag niet worden gebruikt om een bemiddelingsbureau te financieren dat deze taken overneemt.

Voor algemene voorzieningen gelden geen landelijke regels voor het bepalen van de eigen bijdragen. Voor maatwerkvoorzieningen moeten gemeenten de algemene landelijke regels volgen die zijn vastgelegd in een algemene maatregel van bestuur, het uitvoeringsbesluit Wmo 2015. Deze eigen bijdragen zijn afhankelijk van leeftijd, gezinssituatie, inkomen en vermogen. Voor inwoners met een hoog inkomen/vermogen kunnen de maximale eigen bijdragen dan ook hoog zijn, maar nooit hoger dan de kostprijs van de voorziening of dienst. Binnen deze systematiek heeft de gemeente wel invloed op de parameters, maar alleen voor zover dit tot een lagere eigen bijdrage leidt.[80] Aanvankelijk wilde de staatssecretaris de mogelijkheden tot het heffen van eigen bijdragen verruimen (zie de Memorie van Toelichting bij de Wmo 2015 (TK (2013/2014b)); hier is echter van afgezien vanwege de inkomenseffecten van het afschaffen van de 33% korting op de eigen bijdrage voor extramurale zorg en ondersteuning per 1 januari 2015 (deze korting was onderdeel van de per 1 januari 2015 afgeschafte Wtcg).
De eigen bijdragen voor maatwerkvoorzieningen worden voor de gemeenten vastgesteld en geïnd door het Centraal Administratiekantoor (CAK). Om dit mogelijk te maken moeten de gemeenten informatie aan het CAK doorgeven over uurtarieven, kostprijzen en de te hanteren parameters.

A.2.5 Financiering algemeen

Gemeenten hebben in 2015 in totaal ongeveer 8,0 miljard euro beschikbaar voor de uitvoering van de Wmo (inclusief maatschappelijke opvang en vrouwenopvang), waarvan 3,6 miljard euro aan nieuwe middelen die zijn toegewezen vanwege de decentralisaties. De totale besparing die samenhangt met de Wmo 2015 is per saldo in 2015 na verzachtingen ongeveer 0,7 miljard euro.[81]
Aanvankelijk was het de bedoeling van de staatssecretaris om voor een periode van drie jaar de budgetten voor de Wmo 2015, de Jeugdwet en het Participatiebudget samen te voegen en geoormerkt ter beschikking te stellen via het gemeentefonds in een deelfonds sociaal domein (zie Memorie van Toelichting bij de Wmo 2015 (TK (2013/2014b)). De middelen zouden dan alleen kunnen worden besteed aan de doelstellingen van het sociaal domein (gemeentelijke taken op het gebied van jeugdzorg, werk en inkomen en maatschappelijke ondersteuning). Na kritiek van de Algemene Rekenkamer heeft het kabinet uiteindelijk besloten gemeenten helemaal vrij te laten in de besteding van de middelen (zie TK 2013/2014d).[82] Het kabinet krijgt informatie over de besteding van de middelen via

79 In de gemeentelijke Wmo-verordening wordt bepaald op welke wijze de kostprijs wordt berekend.

80 In het uitvoeringsbesluit Wmo 2015 is vastgelegd dat de gemeente het bedrag per bijdrageperiode of het percentage van het marginale tarief over het inkomen mag verlagen. Ook mag de gemeente het inkomensbedrag verhogen vanwaaraf het marginale tarief wordt geheven.

81 In de Memorie van Toelichting bij de Wmo 2015 (TK (2013/2014b)) werd nog uitgegaan van 1,2 miljard euro, maar later hebben verzachtingen plaatsgevonden.

82 Tot en met 2017 stelt het Rijk de middelen beschikbaar via een integratie-uitkering , waardoor ze wel apart zichtbaar zijn op de gemeentefondsbegroting.

de integrale monitor sociaal domein (ontwikkeld door het kabinet en de VNG). Daarnaast heeft het kabinet een Transitiecommissie Sociaal Domein ingesteld.
Het macrobudget van circa 3,6 miljard euro voor de nieuwe verantwoordelijkheden wordt in 2015 nog over gemeenten verdeeld op basis van historische uitgaven. Vanaf 2016 zal geleidelijke overgang plaatsvinden naar een objectieve verdeling. Het budget voor huishoudelijke hulp wordt al vanaf 2008 via een objectief verdeelmodel verdeeld.

A.3 Zorgverzekeraars

De zorgverzekeraars zijn vanaf 2015 verantwoordelijk voor persoonlijke verzorging die niet in samenhang met begeleiding wordt gegeven en voor verpleging, samen aangeduid als wijkverpleging. Volgens artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering 2015 omvat de verpleging en verzorging zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden waarbij die zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop (en niet gepaard gaat met verblijf en geen kraamzorg is). Naast directe wijkverpleegkundige zorg omvat de Zvw ook coördinatie, signalering, coaching en preventie. De zorg kan niet alleen door verpleegkundigen worden gegeven, maar ook door verzorgenden. Iemand die een indicatie heeft voor zorg vanuit de Wlz, kan geen aanspraak maken op wijkverpleging vanuit de Zvw.
Een bescheiden deel van de wijkverpleegkundige zorg is niet toewijsbaar aan individuele verzekerden, maar is wijkgericht.[83] Deze zorg is bedoeld om het medische en het sociale domein te verbinden, bijvoorbeeld door overleg met het sociale wijkteam en met huisartsen. Dit betekent dat verpleegkundigen twee functies kunnen vervullen: het leveren van wijkgerichte niet aan personen toewijsbare zorg (segment 1 ofwel S1) en het leveren van toewijsbare zorg, zoals indiceren, zorg verlenen en zorg coördineren (segment 2 ofwel S2).

A.3.1 Indicatiestelling

De wijkverpleegkundige zorg is vrij toegankelijk in de zin dat geen verwijzing vooraf noodzakelijk is. Personen met een zorgvraag kunnen zich zelf melden bij de verpleegkundige of ze kunnen worden doorgestuurd door bijvoorbeeld de huisarts of medisch specialist. De verpleegkundige doet een zorgintake en bepaalt op basis daarvan of er geïndiceerd moet worden.
Binnen de Zvw wordt de indicatie normaal gesproken gesteld door de arts/behandelaar. Voor de wijkverpleging nemen de verpleegkundigen de indicatiestelling over van het CIZ. Hun beroepsvereniging, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), heeft op verzoek van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een normenkader voor deze indicatiestelling opgesteld (V&VN 2014). Dit kader telt zes normen. De eerste daarvan luidt dat het indiceren en organiseren van zorg plaatsvindt op basis van professionele autonomie. Dit houdt in dat de wijkverpleegkundige een onafhankelijk

83 Voor dit deel van de wijkverpleegkundige zorg is in 2015 40 miljoen euro beschikbaar, terwijl voor toewijsbare zorg ongeveer 3 miljard euro beschikbaar is.

besluit kan nemen. De tweede norm houdt in dat indiceren en organiseren wordt gedaan door een verpleegkundige met een bachelor of master. Volgens de derde norm moet het indiceren en organiseren van zorg erop gericht zijn de eigen regie en zelfredzaamheid van cliënten en het het cliëntsysteem (de groep mensen om de cliënt heen) te versterken.[84] Wat betreft het bevorderen van de zelfredzaamheid vindt V&VN onder meer dat de wijkverpleegkundige dient te bekijken wat mensen zelf kunnen doen aan hun problemen en wat anderen om de cliënt heen (zoals een mantelzorger, een familielid, buren of kennissen) kunnen doen. Het streven is dus om indien mogelijk gebruik te maken van niet-professionele hulp door bekenden van de cliënt. Uit het normenkader blijkt verder dat de wijkverpleegkundige tamelijk veel vrijheid heeft bij het bepalen van de indicatie. Opmerkelijk is dat volgens de zorginkoopgids van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) iemand met een zorgvraag eerst een zorgaanbieder moet kiezen, waarna de zorgintake en de indicatie volgen.[85] Onder de AWBZ was de indicatie door het CIZ formeel de eerste stap in het proces van zorgaanvraag. Onder de Zvw is er geen onafhankelijke indicatiesteller en moet er dus eerst een zorgaanbieder zijn die de indicerende verpleegkundige in dienst heeft. Bij de inkoop van wijkverpleegkundige zorg type S1 en S2 kunnen verzekeraars verschillende eisen stellen. Zo geeft VGZ aan dat de wijkverpleegkundige die niet-toewijsbare S1-zorg verleent, los van de moederorganisatie van de zorgaanbieder moet worden gepositioneerd. Zij of hij moet onafhankelijk kunnen verwijzen naar een zorgaanbieder. VGZ monitort of de wijkverpleegkundige verwijst naar rato van productieafspraken (VGZ 2015).

A.3.2 De zorg

Zoals we hiervoor beschreven is er sprake van een functionele aanspraak op zorg; de wijkverpleegkundige vult de zorg concreet in. De zorgverzekeraar heeft een zorgplicht en is er dus verantwoordelijk voor dat de benodigde zorg beschikbaar is.

Kwaliteit

De zorgverzekeraars moeten kwalitatief goede wijkverpleging inkopen. In 2015 doen zij dat nog in representatie (zie de beschrijving hierna bij zorginkoop). Er is nog geen landelijke basisset van kwaliteitsindicatoren beschikbaar. Wel zijn de aanbieders verplicht om voor elke cliënt een zorgplan op te stellen dat aan bepaalde eisen moet voldoen, en mag de indicatie alleen door een hbo-verpleegkundige worden gedaan. Verder kijken de zorgverzekeraars net als bij de AWBZ-inkoop naar professionele kwaliteit en ervaren kwaliteit op basis van een selectie van zorginhoudelijke indicatoren en de Consumer Quality Index ofwel CQ-index.

84 De andere drie normen hebben betrekking op het proces van indicatiestellingen organisatie van zorg en blijven hier buiten beschouwing.

85 In de praktijk kan de cliënt worden doorverwezen door de huisarts of een specialist; in dat geval kan de doorverwijzende partij een zorgaanbieder aanbevelen.

Zorginkoop

Vanaf 2016 koopt elke verzekeraar wijkverpleegkundige zorg in voor zijn verzekerden. De verzekeraar selecteert een of meer aanbieders, die hij contracteert voor het leveren van zorg en met wie hij afspraken kan maken over budgetten. In principe kunnen verzekerden alleen bij deze aanbieders terecht.[86]

Het zojuist beschreven model is nu nog niet in gebruik; 2015 wordt gezien als een overgangsjaar. In 2015 geldt nog een landelijk inkoopmodel op basis van representatie, wat betekent dat één zorgverzekeraar in een regio de zorg inkoopt namens alle zorgverzekeraars. Er kan wel een rol zijn weggelegd voor een tweede en eventueel derde representant.

De toewijsbare zorg (wijkverpleging type s2) wordt ingekocht op het niveau van de zorgkantoorregio, waarbij het huidige zorgkantoor als eerste representant optreedt.[87] De wijkgerichte niet-toewijsbare zorg (s1) wordt ingekocht op het niveau van de Wmo-regio.[88] De eerste representant in de Wmo-regio is het huidige zorgkantoor. Als er meerdere zorgkantoren actief zijn binnen een Wmo-regio dan spreken de verzekeraars met elkaar af wie eerste representant wordt. Verzekeraars zijn niet verplicht om voor iedere wijk of gemeente s1-zorg in te kopen; de verzekeraar kan die zorg inzetten daar waar de hoogste toegevoegde waarde wordt verwacht op grond van de kenmerken van de wijk of de gemeente (zie TK 2014/2015a).

A.3.3 Persoonsgebonden budget

Dankzij een verzoek van de Tweede Kamer kunnen zorgvragers met een indicatie voor wijkverpleging ook voor de wijkverpleging binnen de Zvw een beroep doen op het pgb. Het maakt hierbij niet uit of de zorgvrager een restitutie- of naturapolis heeft.[89] Het Zvw-pgb is nog niet wettelijk verankerd. In de eerste maanden van 2014 hebben Zorgverzekeraars Nederland (ZN), het ministerie van VWS en Per Saldo afspraken gemaakt over het pgb in de Zvw (zie TK 2013/2014a). Op grond van die afspraken hebben verzekeraars elk een reglement opgesteld voor het persoonsgebonden budget in de Zvw (zie ZN 2014a). Volgens de bestuurlijke afspraken kent het Zvw-pgb twee doelgroepen:

– chronisch zieke kinderen die intensieve kindzorg nodig hebben;

86 Kiezen zij voor een niet-gecontracteerde aanbieder, dan krijgen zij op grond van artikel 13 van de Zvw 70% tot 80% van de kosten vergoed. Een verzekerde kan overigens ook kiezen voor een pgb, en daarmee niet-gecontracteerde aanbieders betalen.

87 Er zijn 32 zorgkantoorregio's. Voor de bestaande praktijk mag bovenregionaal worden ingekocht. Dit betekent dat een aanbieder die in meerdere zorgkantoorregio's actief is, slechts met één inkoper te maken heeft.

88 Er zijn 43 Wmo-regio's gevormd waarin gemeenten samenwerken, onder andere bij de zorginkoop. Voor een overzicht van de regio's zie www.regioatlas.nl/regiokaart/170. De Wmo-regio's hebben geen relatie met de zorgkantoorregio's.

89 Bij een restitutiepolis geven de polisvoorwaarden altijd recht op een pgb. De Tweede Kamer heeft in zijn verzoek expliciet gevraagd de mogelijkheid van een pgb open te houden voor mensen met een naturapolis.

– verzekerden die langdurig op verpleging en/of verzorging zijn aangewezen vanwege functiebeperkingen die niet zijn veroorzaakt door normale verouderingsprocessen, en die in staat zijn om een pgb te beheren en zorgaanbieders aan te sturen (eventueel met hulp van een vertegenwoordiger).

De cliënt krijgt toegang tot het Zvw-pgb wanneer er een ingevuld budgetplan is waarin wordt gemotiveerd dat de zorgvraag voldoet aan een of meer specifieke criteria:

– De zorg is vaak nodig op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties.
– De zorg is vooraf slecht in te plannen.
– De zorg moet 24 uur per dag direct beschikbaar zijn in de nabijheid of op afroep.
– Door de specifieke zorgverlening of door het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen zijn vaste zorgverleners nodig.

De verzekeraar beslist of iemand een pgb krijgt, en doet dit op grond van de zorgbehoefte die de wijkverpleegkundige heeft vastgesteld, het budgetplan van de cliënt en eventueel een 'bewuste keuze gesprek' tussen de cliënt en het zorgkantoor. De verzekerde stuurt de rekeningen van de zorgverlener naar de zorgverzekeraar, die vervolgens e aan de verzekerde uitbetaalt e rechtstreeks aan de zorgverlener. Als de cliënt dat wil, kan de Sociale Verzekeringsbank de werkgeversadministratie op zich nemen (o.a. de salarisadministratie en afdrachten aan de Belastingdienst).
Ondertussen is de minister van VWS bezig met de wettelijke verankering. Het wetsvoorstel waarin deze geregeld moet worden, biedt de mogelijkheid om bij algemene maatregel van bestuur regels te stellen voor de toelatingscriteria en de hoogte van het pgb (Rijksoverheid 2015). Op het ogenblik bepalen zorgverzekeraars zelf de tarieven in het pgb. Er is een beperkte variatie tussen zorgverzekeraars in maximumtarieven. Het maximumtarief voor formele verpleging ligt veelal tussen de 50 en 60 euro per uur, dat voor formele persoonlijke verzorging tussen de 30 en 40 euro per uur en dat voor een niet-formele zorgverlener op maximaal 20 euro per uur. ZN, het ministerie van VWS en Per Saldo hebben afgesproken dat het Zvw-pgb nooit hoger is dan de kosten van de zorg door gecontracteerde aanbieders.
Behalve recht op een pgb heeft de cliënt op basis van artikel 13 van de Zvw ook het recht om zonder overleg met de verzekeraar voor een niet-gecontracteerde aanbieder te kiezen en (afhankelijk van de verzekeringspolis) 70% tot 80% van de kosten vergoed te krijgen. De belangrijkste verschillen met een pgb zijn dat bij een pgb een zorgplan wordt opgemaakt en een budget wordt vastgesteld. Ook is bij een pgb de verzekeraar vooraf op de hoogte van de rekeningen die gaan komen.

A.3.4 Eigen bijdragen

De wijkverpleging valt niet onder het eigen risico en kent ook geen eigen bijdragen. Wel is het algemene eigen risico in de Zvw iets verhoogd om te compenseren voor de vervallen eigen bijdragen die onder de AWBZ golden.

A.3.5 Financiering algemeen

Nu de wijkverpleging is overgeheveld naar de Zvw, zou deze conform de systematiek van de Zvw in beginsel grotendeels uit kostendekkende Zvw-premies gefinancierd moeten worden. Echter, om de Zvw-premies niet te fors te laten stijgen is in 2015 besloten tot een tijdelijke rijksbijdrage Hervorming Langdurige Zorg (HLZ), die in vier jaar tijd geleidelijk afloopt naar nul.
ZN, VWS, de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) en organisaties van zorgaanbieders (de organisatie van zorgondernemers ActiZ en Branchebelang Thuiszorg Nederland) hebben afgesproken om een nieuw bekostigingsmodel voor de wijkverpleging te ontwikkelen (Rijksoverheid 2014). 2015 is een overgangsjaar waarin het nieuwe model nog niet in werking is. Het systeem van bekostiging in 2015 lijkt op dat onder de AWBZ. Verderop gaan we kort in op plannen voor de bekostiging in 2016 en 2017.

Bekostiging wijkverpleging in 2015

Voor de wijkverpleging is in 2015 ongeveer 3,1 miljard euro beschikbaar. Dit budget omvat een bedrag van 40 miljoen euro dat is uitgetrokken voor de niet-persoonsgebonden taken (S1-zorg) (TK 2014/2015b). Bij de overheveling van de verpleging en verzorging naar de zorgverzekeraars is in 2015 ruim 400 miljoen euro gekort op het budget voor de persoonlijke verzorging. De betrokken partijen hebben afgesproken dat zij zich tot het uiterste zullen inspannen om de taakstelling te realiseren.[90] Als het budgettaire kader verpleging en verzorging toch wordt overschreden, zal de minister van VWS die overschrijding herstellen. Deze laatste afspraak is voor 2015 uitgewerkt in de vorm van een ongedifferentieerd Macro Beheers Instrument (MBI): bij overschrijding van het macrobudget worden alle gecontracteerde aanbieders in gelijke mate gekort.
Er is dus in 2015 sprake van strakke financiële kaders in combinatie met een zorgplicht voor zorgverzekeraars.
Verder streven betrokkenen ernaar om de continuïteit van zorg zoveel mogelijk te waarborgen. In 2015 worden in beginsel afspraken gemaakt met alle aanbieders die al AWBZ-zorg verleenden. Voor persoonlijke verzorging en verpleging gelden in 2015 maximumtarieven per uur die door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) worden vastgesteld.[91] Zorgverzekeraars maken afspraken met zorgaanbieders over een totaalbudget voor de toewijsbare zorg. Het individuele zorgplan is leidend voor de declaraties. Om de taakstelling te kunnen behalen vragen de zorgverzekeraars de zorgaanbieders om alle bestaande cliënten voor 1 mei 2015 te indiceren volgens de criteria van de nieuwe aanspraak wijkverpleging. De rijksoverheid en de zorgverzekeraars hopen dat door die herindicatie het zorgvolume

90 Volgens het *Onderhandelaarsresultaat transitie verpleging en verzorging* van 28 maart 2014 (–Rijksoverheid (2014)) bedraagt de korting op de persoonlijke verzorging in 2015 ruim 400 miljoen euro op een bedrag van ongeveer 2,2 miljard euro. De *Inkoopgids Wijkverpleging* 2015 van Zorgverzekeraars Nederland (ZN 2014b) noemt een beoogde korting van 440 miljoen euro op de wijkverpleging in 2015.

91 *Het tarief voor de prestatie 'wijkgericht werken' is vrij. Zie Beleidsregel Verpleging en Verzorging van de NZa* (NZa 2014).

zal afnemen, bijvoorbeeld doordat zelfredzaamheid en het cliëntsysteem een grotere rol gaan spelen bij de indicatie.
De wijkverpleging brengt in 2015 een beperkt financieel risico voor de zorgverzekeraars met zich mee. Omdat het ex ante risicovereveningsmodel voor de verpleging en verzorging nog niet voldoende functioneert, geldt een ex post compensatieregeling met een bandbreedte van plus en min 5 euro per verzekerde; buiten deze bandbreedte wordt het resultaat voor 95% nagecalculeerd (TK 2014/2015b).

Bekostiging wijkverpleging na 2015

Op dit ogenblik streeft de staatssecretaris ernaar om in 2017 landelijk een nieuwe bekostiging van de wijkverpleging in te voeren (TK 2014/2015d). De aparte bekostiging van wijkgericht werken (S1) komt dan te vervallen om te voorkomen dat er een aparte groep 'S1-wijkverpleegkundigen' ontstaat; de staatssecretaris wil graag dat elke wijkverpleegkundige contacten in de wijk legt. Zorgverzekeraars zouden in 2017 volledig risicodragend moeten zijn voor de wijkverpleegkundige zorg. In 2016 moeten stappen gezet worden in de richting van een nieuwe bekostiging. Zorgverzekeraars moeten dan individueel gaan inkopen voor de eigen verzekerden. Om de bekostiging mede te kunnen baseren op de uitkomsten moet de NZa een betaaltitel voor het belonen van uitkomsten ontwikkelen met een vrij tarief (een prestatie in de terminologie van de NZa). Zorgverzekeraars en zorgaanbieders moeten met elkaar afspraken maken over indicatoren die een goed beeld geven van de prestaties van aanbieders.[92] Daarnaast moet het via een experimentsbeleidsregel (een regel van de NZa die een experiment mogelijk maakt) mogelijk worden om in 2016 een vast bedrag per cliënt te vergoeden op basis van de samenstelling van de populatie, in plaats van werkelijk gerealiseerde uren te declareren. De staatssecretaris hoopt met deze vorm van bekostiging de volumeprikkel bij aanbieders weg te nemen.

A.3.6 Samenwerking met gemeenten

Het is van belang dat zorgverzekeraars en gemeenten goed samenwerken, omdat zij elk verantwoordelijk zijn voor een deel van de langdurige zorg voor mensen die niet voor een Wlz-indicatie in aanmerking komen (dat wil zeggen, mensen die niet 24 uur zorg of toezicht nodig hebben). De rijksoverheid streeft ernaar dat de cliënten geen hinder ondervinden van de verschillende stelsels waaruit zorg en ondersteuning worden verleend.
In elke Wmo-regio is een zogeheten regiotafel gecreëerd waar gemeenten, verzekeraars, zorgkantoren, zorgaanbieders, cliëntorganisaties en andere relevante partijen informatie kunnen delen en afspraken kunnen maken. Dit gebeurt onder meer op basis van een zogeheten focuslijst, die onderwerpen aandraagt waarover zorgverzekeraars en gemeenten voor het overgangsjaar 2015 afspraken kunnen maken om de wijkverpleging en het sociaal domein goed op elkaar af te stemmen (VNG/VWS/ZN 2014). Onderwerpen op de focuslijst zijn onder andere de verdeling van middelen en capaciteit van de niet-toewijsbare wijk-

92 Kwetsbaarheidindicatoren zoals de Groninger Frailty Index voldoen volgens de staatssecretaris waarschijnlijk aan dit criterium, zo schrijft hij in de genoemde brief aan de Tweede Kamer (TK 2014/2015d).

verpleegkundige functie (S1) en de positionering van de wijkverpleegkundige ten opzichte van het wijkteam, onder meer wat betreft de niet-toewijsbare wijkverpleegkundige functie.

A.4 Wlz-uitvoerders (CIZ en zorgkantoren)

Zorg voor iemand die blijvend behoefte heeft aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid valt vanaf 2015 onder de Wet langdurige zorg (Wlz). Net als de AWBZ is de Wlz een volksverzekering, waarvoor vrijwel iedere Nederlander premie afdraagt via de belastingen. Het rijk heeft de indicatiestelling voor de Wlz belegd bij het CIZ en de uitvoering bij de Wlz-uitvoerders, die het merendeel van hun taken hebben gemandateerd aan de zorgkantoren. Het CIZ en de zorgkantoren zijn echter niet risicodragend; het verzekeringsrisico ligt bij het rijk.

A.4.1 Indicatiestelling

Het CIZ bepaalt of iemand recht heeft op zorg onder de Wlz. De cliënt kan zelf een indicatie aanvragen bij het CIZ, maar dit kan ook worden gedaan door een wettelijke vertegenwoordiger, bijvoorbeeld een mantelzorger, de huisarts of een wijkverpleegkundige. In de AWBZ waren zorgaanbieders gemandateerd om in bepaalde gevallen direct te indiceren voor zorg met verblijf, het CIZ had hierbij een toezichthoudende rol. Deze mandatering is in de Wlz afgeschaft. Elke nieuwe cliënt dient een persoonlijke aanvraag in.
Naar aanleiding van de aanvraag stelt het CIZ een onderzoek in. Dit onderzoek kan inhouden dat het CIZ de cliënt uitnodigt voor een gesprek op het CIZ-kantoor, of dat een CIZ-medewerker bij de cliënt thuis langsgaat. Het CIZ volgt landelijke criteria bij de indicatiestelling, die gebaseerd zijn op richtlijnen die VWS heeft afgegeven. De criteria zijn puur zorginhoudelijk. De sociale omgeving van de cliënt wordt niet meegenomen bij de indicatiestelling. Ook een tekortschieten van de gemeentelijke uitvoering van de Wmo 2015 is geen criterium voor toelating tot de Wlz.
De meeste indicaties worden standaard voor onbepaalde tijd afgegeven. Uitzonderingen zijn de indicaties voor licht verstandelijk gehandicapten en de indicaties bij een langdurige psychiatrische aandoening.

A.4.2 De zorg

Als het CIZ toegang heeft verleend tot de Wlz, heeft de cliënt de keuze uit verschillende leveringsvormen van de zorg. De cliënt kiest in overleg met het zorgkantoor een leveringsvorm. In de eerste plaats kan de cliënt kiezen voor zorg in natura in de vorm van opname in een instelling. In dat geval levert de instelling zowel zorg en huisvesting als zogenaamde hoteldiensten zoals schoonmaak van de kamer en het leveren van maaltijden en dranken. De cliënt kan er ook voor kiezen om dit hele pakket (inclusief schoonmaak en maaltijden) thuis te ontvangen, onder de noemer volledig pakket thuis (VPT). Alle diensten worden dan door één zorgverlener aan huis geleverd, op kosten van de Wlz. De woonlasten worden wel door de cliënt gedragen. In de Wet is voorzien dat op termijn eventueel benodigde

woningaanpassingen voor rekening van de Wlz komen; 2015 is een overgangsjaar waarin de woningaanpassingen vanuit de Wmo 2015 worden betaald.
De cliënt kan ook kiezen voor een persoonsgebonden budget (pgb). De cliënt ontvangt dan de zelf ingekochte hulp aan huis. Het pgb bevat een budget voor schoonmaak van de woning. Maaltijden zijn niet inbegrepen in het pgb. Als laatste is er de optie van een modulair pakket thuis (mpt). Ook hier wordt de zorg aan huis geleverd door één of meer zorgaanbieders. Deze zorg hoeft niet het volledige pakket te omvatten, bijvoorbeeld wanneer een mantelzorger een deel van de persoonlijke verzorging op zich neemt. Ook is het bij een mpt mogelijk om een deel van de zorg zelf in te kopen via een pgb en een ander deel via het zorgkantoor te ontvangen van een zorgaanbieder. Het mpt omvat geen maaltijden.
In 2015 valt de huishoudelijke verzorging bij een mpt onder de Wmo 2015, vanaf 2016 onder de Wlz.
De zorgkantoren kopen de zorg in en helpen de cliënt met een Wlz-indicatie bij het vinden van een passende zorgverlener (behalve in het geval van een pgb, dan is de cliënt hier zelf voor verantwoordelijk). Indien het zorgkantoor van mening is dat er geen verantwoorde zorg aan huis kan worden geleverd, of als de kosten voor verantwoorde zorg aan huis boven de kosten van instellingszorg liggen, kan het toestemming voor vpt, mpt of pgb weigeren.
De gemeente is onder de Wmo 2015 verantwoordelijk voor de ondersteuning aan mantelzorgers van Wlz-geïndiceerden. Daarnaast kunnen Wlz-geïndiceerden gebruikmaken van Wmo-gefinancierde vervoersvoorzieningen van de gemeente wanneer zij bijvoorbeeld familiebezoek willen afleggen. Vervoer naar een aparte locatie voor begeleiding of behandeling valt wel onder de Wlz.
Indien gewenst kunnen cliënten met een Wlz-indicatie een beroep doen op onafhankelijke cliëntondersteuning vanuit de Wmo 2015.

A.4.3 Persoonsgebonden budget

Het zorgkantoor kan op verzoek van de cliënt een pgb toekennen. Cliënten met een indicatie Licht Verstandelijk Gehandicapt 3 of hoger of een indicatie GGZ B (langdurige psychiatrische aandoening) komen wettelijk niet in aanmerking voor een pgb. Ook mensen met zorgprofiel 9B VV (herstelgerichte behandeling) kunnen geen pgb ontvangen. Dit zijn de indicaties die niet voor onbepaalde tijd worden afgegeven.
De cliënt dient in staat te zijn om zijn/haar pgb te beheren. Aan dit criterium kan ook worden voldaan als de cliënt door iemand (bv. Een partner) ondersteund wordt bij de organisatie van zorg. Voor een aantal (zwaardere) zorgprofielen binnen Verpleging & Verzorging en Verstandelijk Gehandicapt is de cliënt wettelijk verplicht om een ondersteuner aan te stellen. Voor de andere zorgprofielen besluit het zorgkantoor of er een ondersteuner aangesteld moet worden. Het zorgkantoor mag een pgb weigeren als de cliënt niet in staat is om zelfstandig het pgb te beheren en onvoldoende ondersteund wordt.
Wanneer een cliënt een pgb wil aanvragen, maakt hij/zij hiervoor een budgetplan, volgens een model dat is opgesteld door Zorginstituut Nederland. Dit omvat onder andere de bedragen die de cliënt denkt nodig te hebben, de gegevens van de zorgverleners die de

cliënt wil inhuren en de reden waarom dezelfde zorg niet via een door het zorgkantoor gecontracteerde aanbieder kan worden geleverd. Dit budgetplan wordt besproken in een 'bewuste keuze gesprek' tussen cliënt en zorgkantoor.
De hoogte van het pgb wordt door het zorgkantoor vastgesteld op basis van het zorgprofiel zoals geïndiceerd door het CIZ en landelijke tarieven zoals vastgesteld door de NZa. Deze tarieven zijn maximaal gelijk aan de kosten van zorg in natura, gecorrigeerd voor onder andere de kosten van hoteldiensten (de kosten van zorg in natura zijn inclusief het gebruik van een kamer in een instelling; bij een pgb draagt de cliënt zelf de huisvestingskosten).
Bij de inkoop van zorg dient de cliënt zich te houden aan de maximale uurtarieven die de NZa heeft vastgesteld. Bij deze tarieven wordt een onderscheid gemaakt tussen professionele en niet-professionele zorgverlening. Het is mogelijk om met het pgb niet-professionals uit het eigen sociale netwerk in te huren, maar hun maximale uurtarief ligt lager dan het maximale uurtarief van professionals. Als de cliënt met de zorgverlener een uurtarief afspreekt dat boven het maximumtarief ligt, dan moet de cliënt het verschil zelf bijbetalen. Hetzelfde geldt als de cliënt meer zorg wil inkopen dan het pgb toelaat.
Het pgb wordt beschikbaar gesteld in de vorm van een trekkingsrecht bij de Sociale verzekeringsbank (SVB). Het pgb wordt gestort bij de SVB. De cliënt dient de rekeningen van geleverde zorg in bij de SVB, die de zorgverlener vervolgens uitbetaalt.

A.4.4 Eigen bijdrage

De eigen bijdrage door cliënten is landelijk vastgesteld en is afhankelijk van inkomen en vermogen, leeftijd en huishoudenssamenstelling. Er is een lage en een hoge eigen bijdrage; de lage eigen bijdrage geldt onder andere in het eerste halfjaar van verblijf in een instelling. Ook voor vpt en pgb geldt de lage eigen bijdrage, aangezien de cliënt zelf de kosten van de woning draagt. Bij een modulair pakket thuis wordt de eigen bijdrage gebaseerd op het gebruikte aantal uren zorg.

A.4.5 Financiering algemeen

De Wlz wordt gefinancierd vanuit de geheven premies (vrijwel elke Nederlander draagt premie af via de belastingen) en eigen bijdragen. Het uitgangspunt is dat de premies en eigen bijdragen samen kostendekkend zijn, maar bij tekorten is er een rijksbijdrage. De verwachte uitgaven in 2015 zijn in totaal 19,5 miljard euro (pgb, zorg in natura, kapitaallasten en subsidieregelingen ten laste van Wlz, inclusief beheerskosten).[93] In 2015 bedraagt de ombuiging op de Wlz 0,5 miljard euro.[94] De verwachting is dat de totale uitgaven in de eerste jaren na 2015 zullen afnemen, door het langzaam verdwijnen van de groep met een bestaande indicatie die onder de nieuwe criteria geen toegang zouden hebben tot de Wlz, en door verwachte bezuinigingen van 0,5 miljard door een meer doelmatige uitvoering.

93 Zie begroting VWS 2015, tabel 30.
94 Zie de Macro Economische Verkenning 2015 van het Centraal Planbureau (CPB 2015).

Daarna zullen de uitgaven weer toenemen door indexering van de uitgaven en een toename van de doelgroep (vergrijzing).
Er zal jaarlijks door vws een macrobudgettair kader worden opgesteld (afzonderlijk voor pgb en zorg in natura). De beschikbare middelen worden door de NZa verdeeld over zorgkantoren op basis van historische cijfers. Elk zorgkantoor maakt op basis van de beschikbare middelen voor de zorgkantoorregio afspraken met zorgaanbieders over productie en prijzen, daarnaast heeft de NZa maximumtarieven bepaald. Wanneer een regionaal budget te krap is gezien de toename van het aantal indicaties, of wanneer wachtlijsten dreigen te ontstaan, kan vws herverdelingsmiddelen inzetten die vooraf zijn gereserveerd binnen het macrokader.

A.4.6 Samenwerking met gemeenten en zorgverzekeraars

Bij de aanvraag van indicatiestelling en het onderzoek door het CIZ heeft de cliënt recht op cliënt-ondersteuning vanuit de Wmo 2015. Ook kan het CIZ bij het onderzoek informatie vragen aan de gemeente en zorgverzekeraar.
De gemeente kan een maatwerkvoorziening op grond van de Wmo 2015 weigeren als de cliënt een Wlz-indicatie heeft. Ook als de gemeente vermoedt dat een Wlz-indicatie verkregen kan worden, maar de cliënt weigert een aanvraag in te dienen bij het CIZ, kan een maatwerkvoorziening worden geweigerd. Tegelijkertijd benadrukt de Memorie van Toelichting bij de Wlz (TK 2013/2014c) dat het mogelijk moet blijven om Wmo- en Zvw-zorg te ontvangen wanneer dit doelmatiger is dan een vpt, mpt of pgb vanuit de Wlz en wanneer de cliënt hier een voorkeur voor heeft. Het gaat dan met name om mensen met een zware zorgbehoefte, maar met dusdanig veel mantelzorg dat de formele zorgvraag beperkt is en thuis blijven wonen verantwoord is. De gemeente dient deze mogelijkheid te onderzoeken, eventueel in overleg met het CIZ en het zorgkantoor. Van de gemeente wordt een uiterste inspanning verwacht om bij te dragen aan het langer thuis wonen van de cliënt. Tegelijkertijd kunnen gemeente en zorgverzekeraar niet worden gedwongen in de gehele zorgbehoefte van een Wlz-gerechtigde te voorzien. De uiteindelijke beslissing ligt dan ook bij de gemeente en/of verzekeraar en bij het CIZ, dat bepaalt of er een recht bestaat op Wlz-zorg.

Bijlage B Vragenlijsten bij gesprekken

De vragenlijsten in deze bijlage vormden een leidraad bij de open gesprekken die zijn gevoerd met gemeenten, zorgverzekeraars, zorgkantoren en zorgaanbieders.

B.1 Vragen aan gemeenten

1 Algemeen

a Hoe is de Wmo vormgegeven? Waar kunnen burgers zich melden?

b Wie zitten er in het wijkteam?

- Schuldhulpverlening?
- GGD?
- Jeugd-ggz?
- Jeugdzorg?
- Opbouwwerk?
- Wmo-thuiszorginstelling?
- Intramurale instelling (verpleeghuizen)?
- Ouderzorg?
- Wmo-deskundige gemeente (hh, hulpmiddelen en voorzieningen gehandicapten, begeleiding)?
- Maatschappelijk werk?
- Welzijn(sorganisatie)?
- Overig?

2 Indicatiestelling

a Wordt er nog geïndiceerd? Of wordt er gelijk aan de 'keukentafel' geïndiceerd door daar een maatwerkvoorziening te bepalen? Wie indiceren er (aan de keukentafel)? Een onafhankelijke partij, de gemeente, de zorgaanbieder? Wordt nog een matrix van beperkingen en voorzieningen gebruikt?

3 Financiering

a Wat is het budget? De rijksbijdrage?

b Krijgt uw gemeente minder budget dan vorig jaar? Zo ja, hoeveel minder? Is uw gemeente strenger geworden bij de zorgtoekenning? Legt uw gemeente geld bij?

4 Inkoop

a Hoe gaat de zorginkoop? Kent uw gemeente inputbekostiging (uurtje-factuurtje), populatiebekostiging of productbekostiging (bv. 'schoon en leefbaar huis')? Hoe gaat dat bij begeleiding?

b Gerelateerd: hoe controleer je als gemeente de kwaliteit?

5 Product

a Wat is het effect van de nieuwe wetgeving (nieuwe Wmo, Wlz, wijzigingen Zvw) op het aanbod van voorzieningen?
b Blijven er aan zorginstellingen dezelfde eisen gesteld worden als voor 1-1-2015?
c Kunnen zorginstellingen dezelfde soort zorg blijven leveren?
d Kunnen zorginstellingen dezelfde hoeveelheid zorg blijven leveren?
e Wat is er gebeurd met de kwaliteit?
f Hoe vullen gemeenten het criterium in dat de maatwerkvoorziening een passende bijdrage moet leveren aan zelfredzaamheid, participatie en zo lang mogelijk thuis wonen?

6 Pgb's

a Hoe gaat uw gemeente om met pgb's?
b Is voor iedereen een pgb beschikbaar?
c Gaat uw gemeente na of mensen in staat zijn om een pgb te beheren en of te verwachten is dat ze goede zorg inkopen? Zijn er beperkingen in de keuze van zorginstellingen? Mogen ook familieleden uit een pgb betaald worden?
d Is dit alles bij huishoudelijke hulp hetzelfde geregeld als bij begeleiding?
e Als iemand die ook een pgb bij de zorgverzekeraar heeft, niet goed omgaat met een pgb, wordt dat dan aan de zorgverzekeraar doorgegeven?
f Werkt uw gemeente met bruto- of netto-pgb's?

7 Wisselwerking/schuiven tussen zorgvormen

a Zien jullie mogelijkheden om te bezuinigen door te schuiven naar algemene voorzieningen, mantelzorg, enzovoort? Is er een rol voor preventie? Zo ja welke?
b Wat gebeurt er als een gemeente vindt dat iemand geen maatwerkvoorziening nodig heeft omdat die zich moet kunnen redden met gebruikelijke zorg of mantelzorg, maar die zorg komt niet beschikbaar omdat kinderen weigeren die zorg te verlenen? (Goed antwoord: Over het eerste is jurisprudentie, bij het tweede mogen gemeenten geen maatwerkvoorziening weigeren.)
c Hoe verloopt de samenwerking met zorgverzekeraars? Is er ruimte om te schuiven met budgetten? Is er een wijkverpleegkundige in het wijkteam?
d Hoe denkt uw gemeente over de Wlz-aanvragen? Stimuleert uw gemeente die aanvragen of probeert uw gemeente juist langer thuis wonen te stimuleren, in navolging van de wensen van het rijk?
e Kan een gemeente een maatwerkvoorziening weigeren omdat de gemeente verwacht dat iemand voldoet aan de criteria voor de Wlz?

8 Samenwerking

a Hoe gaat de samenwerking met de zorgverzekeraars, met name met de verzekeraar die het zorgkantoor beheert? Is er op het raakvlak van voorzieningen strijd over wie de zorg moet leveren?

b Wordt er samengewerkt met het CIZ en de instellingen voor intramurale zorg (Wlz)? Zo ja, hoe verloopt die samenwerking?

9 Eigen bijdragen

a Wat vinden jullie ervan dat er geen eigen betalingen meer zijn bij persoonlijke verzorging en verpleging?

10 Slotvragen

a Voor dit onderzoek is het belangrijk vast te stellen welke prikkels zorgpartijen onder de nieuwe zorgwetten ervaren. Het gaat om zowel positieve als negatieve prikkels en om zowel bedoelde als onbedoelde prikkels. Kunt u daar nog iets meer over zeggen dan in dit gesprek tot nu toe aan de orde is geweest?

b Zijn er nog vragen waarvan u vindt dat we die ook hadden moeten stellen?

c Zijn er nog zaken die u aan ons zou willen meegeven?

B.2 Vragen aan zorgverzekeraars en zorgkantoren

1 Algemeen

a Welke toegangspoorten heeft de cliënt? Hoe is de toeleiding naar zorg? Wisselt dit per gemeente?

2 Indicatiestelling

a Hoe wordt er geïndiceerd voor wijkverpleging? Dat zou een wijkverpleegkundige moeten doen. Hoe gaat dat precies? Is het een wijkverpleegkundige die in dienst is van een aanbieder? Of een S1-verpleegkundige die onafhankelijk is?

b Hoe denkt u over het S1-deel? Is dit nuttig of kan het onderscheid beter verdwijnen?

c Hoe beslist u waar de S1-zorg wordt ingezet (verdeling over wijken en gemeenten)?

d Hoe vorderen de herindicaties die in beginsel voor 1 mei af moeten zijn?

e Is het volume van de geïndiceerde zorg gemiddeld lager na herindicatie?

f In hoeverre zetten jullie in op mantelzorg enzovoort? Hoe gaan de wijkverpleegkundigen (die uiteindelijk de indicatie moeten stellen) hiermee om? Probeert u hen hierin te ondersteunen? Is er net als bij gemeenten een indicatieprotocol?

g Is indicatiestelling bij persoonlijke verzorging en verpleging wel nodig? Door de indicaties worden erg veel wijkverpleegkundigen aan het gewone werk ont-

trokken. Kunnen verpleegkundigen niet vanuit hun professie beoordelen wat nodig is?

3 Financiering

- a Zijn voorgenomen bezuinigingen te realiseren? Stel dat het budgettaire kader wordt overschreden, hoe denkt u dat de inzet van het Macro Beheers Instrument zal uitpakken?
- b Hoeveel vrijheid hebben zorgverzekeraars om te experimenteren met nieuwe manieren om de zorg doelmatiger te maken?
- c Er komt volgens planning in 2017 een nieuwe vorm van bekostiging voor de wijkverpleging; wat zouden jullie graag zien?
- d De staatssecretaris wil dat verzekeraars in 2017 volledig risicodragend zijn voor de wijkverpleging. Hoe zou de ex ante risicoverevening op dit punt verbeterd kunnen worden?
- e Het macrobudget voor de Wlz wordt nu nog historisch verdeeld. Ziet u wat in een verdeelmodel?

4 Inkoop

- a Inkoop gaat nu nog in representatie. De staatssecretaris wil dat verzekeraars in 2016 individueel gaan inkopen. Wat voor model zou u het liefst zien?
- b Voor dit jaar zijn in beginsel afspraken gemaakt met alle aanbieders die al AWBZ-zorg leverden om de continuïteit te waarborgen. Bent u van plan om volgend jaar en de jaren daarna selectiever te gaan inkopen, en zo ja, op grond van welke criteria?
- c Blijven er aan zorginstellingen dezelfde eisen gesteld worden als voor 1-1-2015? Kunnen zorginstellingen dezelfde soort zorg blijven leveren?
- d Wat voor soort contracten worden geschreven (voor 2015 of 2016?): betaling per uur geleverde zorg of iets anders?

5 Product

- a Hoe controleren jullie de kwaliteit?
- b Bevorderen jullie bijvoorbeeld bij persoonlijke verzorging ook het aanleren van handigheidjes opdat mensen weer zelfstandiger kunnen functioneren in plaats van dat jullie eindeloos dezelfde dienst blijven leveren? Kunnen jullie voorbeelden geven?
- c In welke mate en hoe doen jullie aan preventie als bewegen, gezond eten en dergelijke?
- d Op welke wijze draagt u eraan bij dat mensen die graag thuis willen blijven wonen, dat zo lang mogelijk kunnen doen?

6 Pgb's

a. Hoe denken jullie over pgb's voor persoonlijke verzorging en verpleging; is dit een goed instrument?
b. Kunnen mantelzorgers/mensen uit het eigen netwerk ook uit een pgb betaald worden, zoals dat ook bij de Wmo het geval is?
c. Kennen jullie aparte pgb's voor professionele zorg en voor zorg door mantelzorgers/het eigen netwerk?
d. Hoe controleert u of iemand een pgb nodig heeft en daar ook mee om kan gaan (evt. met hulp van een vertegenwoordiger)?
e. Als zorg ook beschikbaar is via zorg in natura, kan de cliënt dan toch een pgb krijgen? Heeft iemand met een restitutiepolis altijd recht op een pgb?
f. In bestuurlijke afspraken wordt gesproken over de specifieke doelgroep waarbij functiebeperkingen niet worden veroorzaakt door normale verouderingsprocessen. Hoe zit dat precies?
g. Hebt u behoefte om zich te onderscheiden van andere zorgverzekeraars wat betreft het pgb, of heeft het uw voorkeur dat er een gemeenschappelijke regeling wordt opgesteld (bv. Door zorg in natura)?
h. Hoe gaat u voor 2016 de pgb-tarieven vaststellen?
i. Mag een cliënt met een pgb duurdere zorg inkopen en het verschil zelf bijbetalen?

7 Samenwerking met gemeenten

a. Hoe hebben jullie als zorgverzekeraar de samenwerking met gemeenten georganiseerd?
b. Werken jullie als zorgkantoor ook samen met gemeenten. Zo ja, hoe?
c. Met hoeveel gemeenten hebben jullie te maken? Is dat overleg enigszins gestroomlijnd? Is het niet lastig als er bijvoorbeeld tien verschillende gemeenten/overleggen zijn?
d. Op welke terreinen werken jullie samen met gemeenten? S1-wijkverpleging die contact houdt met wijkteams? Preventieprogramma's? Verdergaande samenwerking, bijvoorbeeld verschuiving van budgetten? Verschilt dit per gemeente?
e. Hoe denken jullie over de grens tussen Wmo-zorg en Zvw-zorg? Is die grens scherp? Of is er een grijs gebied, bijvoorbeeld tussen begeleiding en persoonlijke verzorging? Is er weleens onduidelijkheid rond de groep die persoonlijke verzorging uit de Wmo krijgt, in samenhang met begeleiding? Is er een risico dat gemeenten te snel Wmo-zorg weigeren of afbouwen als Zvw-zorg in beeld komt? Zo ja, is dat voorgekomen?
f. Had u de begeleiding niet ook bij de zorgverzekeraars willen hebben?

8 Wisselwerking/schuiven tussen zorgvormen

a. Hoe gaan jullie om met de grens tussen de Zvw en de Wlz? Is de grens duidelijk? Is er een spanningsveld tussen 'zo lang mogelijk thuis wonen' en de financiering? Hier doorvragen.

- b Wat doen jullie als iemand een indicatie heeft voor de Wlz of daarvoor in aanmerking zou komen, maar toch per se thuis wil blijven wonen? Wordt persoonlijke verzorging en verpleging thuis uit de Zvw dan geweigerd en worden deze mensen dan verplicht gebruik te maken van mpt of vpt of een pgb uit de Wlz?
- c Als een cliënt een Wlz-indicatie heeft, maar met de verzilvering wacht tot er plaats is in de instelling van zijn voorkeur, levert u dan Zvw-zorg?
- d Wat merkt het zorgkantoor van alle veranderingen? Business as usual, of gaan jullie ook op een andere manier werken?
- e Ziet u wat in bonussystemen met financiële prikkels om mensen uit de intramurale zorg te houden?

9 Invloed op overige gezondheidszorg

- a Hoe ziet u als zorgverzekeraar de relatie tussen de ondersteuning uit de Wmo en de thuiszorg uit de Zvw aan de ene kant en de rest van de Zvw aan de andere kant? Met andere woorden: verwacht u besparingen op ziekenhuiszorg of GGZ?

10 Eigen bijdragen

- a Persoonlijke verzorging en verpleging vallen niet onder het eigen risico en er is geen eigen bijdrage meer, terwijl die laatste er wel was onder de AWBZ. Waarom? Is dit een goede maatregel? Bent u niet bang dat het ontbreken van eigen betalingen de vraag stimuleert?

11 Slotvragen

- a Voor dit onderzoek is het belangrijk vast te stellen welke prikkels zorgpartijen onder de nieuwe zorgwetten ervaren. Het gaat om zowel positieve als negatieve prikkels en om zowel bedoelde als onbedoelde prikkels. Kunt u daar nog iets meer over zeggen dan in dit gesprek tot nu toe aan de orde is geweest?
- b Zijn er nog vragen waarvan u vindt dat we die ook hadden moeten stellen?
- c Zijn er nog zaken die u aan ons zou willen meegeven?

B.3 Vragen aan zorgaanbieders

1 Algemeen

- a Wat voor zorg leveren jullie?
- b In welke gebied is jullie instelling werkzaam en hoe groot is het zorgaandeel van jullie instelling in dat gebied?
- c Hebben jullie in de aanloop naar de decentralisaties jullie aanbod aangepast, bijvoorbeeld door meer vrijwilligers of mantelzorgers in te zetten? Is dit iets wat expliciet past bij de decentralisaties, of waren jullie hier al langer mee bezig?

2 Indicatiestelling

a Hebben jullie s1-wijkverpleegkundigen in dienst? Zo ja, wat is precies hun taak? Stellen zij ook de indicaties?
b Wie indiceren er in jullie regio voor de Wmo en voor de Zvw? Hebben jullie zelf een rol daarin, bijvoorbeeld bij keukentafelgesprekken?
c Zijn jullie betrokken bij / maken jullie deel uit van sociale wijkteams?
d Zijn jullie tevreden met het onderscheid tussen s1-verpleegkundigen (algemene taken) en s2-verpleegkundigen (aan persoon toewijsbare taken)?
e Zijn er richtlijnen vanuit de Zvw wat betreft de indicatie door de wijkverpleegkundige? Wordt hij/zij gestimuleerd om 'zuinig' te indiceren?
f Wat is uw ervaring? Wordt bij de indicaties nog een matrix van beperkingen en voorzieningen gebruikt of wordt meer een beroep gedaan op de professie van de indiceerder of allebei?
g Hoe vorderen de herindicaties? Is daar een bezuiniging mogelijk?

3 Financiering/inkoop/contracten

a Worden jullie altijd per uur, dagdeel of dag betaald of vindt er soms ook productie-/resultaatbekostiging of populatiebekostiging plaats?
b Wat vinden jullie van het systeem van sommige gemeenten om te indiceren op resultaatgebieden (en niet op uren)? Werkt dit in de praktijk?
c Zijn er financiële schotten tussen Wmo, Zvw en Wlz die in de weg zitten?
d Wat merken jullie van de voorgenomen bezuinigingen? Wordt er scherper ingekocht (Wmo, Zvw en Wlz)? Worden er andere contracten geschreven? Worden jullie gestimuleerd om efficiënter te werken, bijvoorbeeld door meer in te zetten op het aanleren van zelfstandigheid?
e Met hoeveel partijen hebben jullie te maken? Wat verwachten jullie van de toekomst, als de inkoop in representatie bij de Zvw wegvalt?

4 Product

a Wat is het effect van de nieuwe wetgeving (nieuwe Wmo, Wlz, wijzigingen Zvw) op het aanbod van voorzieningen?
b Blijven er aan jullie als zorginstelling dezelfde eisen gesteld worden als voor 1-1-2015?
c Kunnen jullie dezelfde soort zorg blijven leveren?
d Kunnen jullie dezelfde hoeveelheid zorg blijven leveren?
e Wat is er gebeurd met de kwaliteit?
f Hoe controleren jullie de kwaliteit?
g Leveren jullie binnen de Wlz ook een volledig pakket thuis (vpt) en een modulair pakket thuis (mpt)? Is hier veel vraag naar? Sluit dit goed aan op Wmo/Zvw-zorg?
h In welke mate doen jullie aan preventie als bewegen, gezond eten en dergelijke?
i Zetten jullie ook hulpmiddelen in om cliënten meer zelfstandigheid te leren en zorg overbodig te maken? Of leveren jullie gewoon wat is geïndiceerd?

5 Pgb's

a Hebben jullie weleens te maken met pgb's? Zo ja, waarom kiezen mensen dan niet voor zorg in natura?

b Hoe denken jullie over pgb's voor persoonlijke verzorging en verpleging? Werkt dat goed?

c Als blijkt dat een cliënt die een pgb heeft, met minder zorg uit de voeten zou kunnen, maar toch zorguren blijft claimen, hoe reageren jullie daar dan op?

6 Wisselwerking/schuiven tussen zorgvormen

a Hoe denken jullie over de grens tussen Wmo-zorg en Zvw-zorg? Is die grens scherp?

b Jullie hebben met verschillende partijen te maken: gemeenten, verzekeraars en zorgkantoren. In hoeverre schuurt dat? Gebeurt het weleens dat een wijkverpleegkundige ook meteen even een huishoudelijke taak doet (bv. Eten klaarzetten of was in wasmachine stoppen), of dat een begeleider ook iets doet op het gebied van persoonlijke verzorging?

c Zijn er weleens conflicten of iemand in de Wmo of Zvw of Wlz thuishoort?

d Merken jullie dat door gemeenten soms ten onrechte wordt doorverwezen naar de Zvw of dat door gemeenten of zorgverzekeraars ten onrechte wordt doorverwezen naar de Wlz? Worden er bijvoorbeeld bij de inkoop door zorgverzekeraars ook eisen gesteld als 'indien nodig doorverwijzen naar CIZ'?

e Wat doen jullie als de verpleegkundige ziet dat iemand eigenlijk Wlz-zorg behoeft?

f Jullie leveren zelf ook intramurale zorg. Bestaat niet het gevaar dat jullie iemand met zware extramurale zorg voorstellen om intramuraal te gaan teneinde jullie bedden bezet te krijgen?

g Hebben jullie een rol bij het beleid om mensen langer thuis te laten wonen? Zo ja, hoe doen jullie dat?

7 Samenwerking met gemeenten en zorgverzekeraars

a Hoe gaat de samenwerking met gemeenten? De wijkverpleegkundige kan bijvoorbeeld constateren dat de zorgvraag niet Zvw is, maar Wmo. Accepteert de gemeente dan die Wmo-vraag?

b Bent u niet bang dat gemeenten te snel Wmo-zorg weigeren of afbouwen als Zvw-zorg of Wlz-zorg in beeld komt?

c Hoe gaat de samenwerking met de zorgverzekeraars? De zorgverlener kan bijvoorbeeld constateren dat de zorgvraag niet Wmo is, maar Zvw (bg, pv, vp) of dat zwaardere of meer zorg nodig is.

d Bent u niet bang dat zorgverzekeraars te snel Zvw-zorg weigeren of afbouwen als Wlz-zorg in beeld komt?

8 Eigen bijdragen

a Wat vinden jullie ervan dat er geen eigen betalingen meer zijn bij persoonlijke verzorging en verpleging?

9 Slotvragen

a Voor dit onderzoek is het belangrijk vast te stellen welke prikkels zorgpartijen onder de nieuwe zorgwetten ervaren. Het gaat om zowel positieve als negatieve prikkels en om zowel bedoelde als onbedoelde prikkels. Kunt u daar nog iets meer over zeggen dan in dit gesprek tot nu toe aan de orde is geweest?
b Zijn er nog vragen waarvan u vindt dat we die ook hadden moeten stellen?
c Zijn er nog zaken die u aan ons zou willen meegeven?

Bijlage C Databeschrijving

C.1 Beschrijving van variabelen

Deze bijlage gaat dieper in op de gemeentelijke achtergrondvariabelen waarvoor de zorgprevalenties in hoofdstuk 5 zijn gecorrigeerd. Deze variabelen zijn afkomstig uit CBS-StatLine (statline.cbs.nl/Statweb/), evenals de beschrijvingen.

Ervaren gezondheid (goed/zeer goed)

Percentage personen met antwoordcategorie 'zeer goed' of 'goed' op de vraag naar de algemene gezondheidstoestand.

Een of meer langdurige aandoeningen

Het percentage personen dat een of meer van de volgende aandoeningen heeft of in de laatste twaalf maanden heeft gehad:

- aandoening van ellenboog, pols of hand;
- aandoening van de nek of schouder;
- astma, COPD;
- beroerte, hersenbloeding, herseninfarct;
- chronische eczeem;
- chronische gewrichtsontsteking;
- darmstoornissen langer dan drie maanden;
- duizeligheid met vallen;
- gewrichtsslijtage van heupen of knieën;
- hartaandoening;
- hartinfarct;
- hoge bloeddruk;
- kanker;
- migraine of ernstige hoofdpijn;
- onvrijwillig urineverlies (incontinentie);
- psoriasis;
- rugaandoening;
- suikerziekte (Bij suikerziekte wordt de referentieperiode van twaalf maanden niet genoemd.);
- vernauwing van de bloedvaten in buik of benen.

Een of meer lichamelijke beperkingen

Percentage personen met minstens één OESO-beperking. Een respondent heeft een beperking als hij of zij op minstens een van de zeven onderstaande vragen over beperkingen met 'kan niet' of 'met grote moeite' antwoordt.
De OESO-indicator (Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling) is gebaseerd op de volgende zeven vragen over vaardigheden:

1 Kunt u een gesprek volgen in een groep van drie of meer personen (zo nodig met hoorapparaat)?
2 Kunt u met één andere persoon een gesprek voeren (zo nodig met hoorapparaat)?
3 Kunt u kleine letters in de krant lezen (zo nodig met bril of contactlenzen)?
4 Kunt u op een afstand van 4 meter het gezicht van iemand herkennen (zo nodig met bril of contactlenzen)?
5 Kunt u een voorwerp van 5 kilo, bijvoorbeeld een volle boodschappentas 10 meter dragen?
6 Kunt u rechtop staand bukken en iets van de grond oppakken?
7 Kunt u 400 meter aan een stuk lopen zonder stil te staan (zo nodig met stok)?

Mogelijke antwoorden op deze vragen zijn: zonder moeite, met enige moeite, met grote moeite, kan niet. Een respondent heeft een beperking als hij of zij op minstens een van de zeven vragen met 'kan niet' of 'met grote moeite' antwoordt.

Mantelzorger

Percentage personen dat mantelzorg geeft. De mantelzorg moet daarbij al minimaal drie maanden duren, of het moet gaan om minimaal acht uur zorg per week.
Mantelzorg is zorg die iemand geeft aan een bekende uit zijn of haar omgeving, zoals een partner, kind of vriend, als deze persoon voor langere tijd ziek, hulpbehoevend of gehandicapt is. De mantelzorg kan bestaan uit het huishouden doen, wassen en aankleden, gezelschap houden, vervoeren, geldzaken regelen enzovoort. Mantelzorg wordt niet betaald.

Stedelijkheid

Mate van stedelijkheid in vijf klassen, waarbij de laagste klasse de sterkste stedelijkheid aangeeft.

1	zeer sterk stedelijk
2	sterk stedelijk
3	matig stedelijk
4	weinig stedelijk
5	niet stedelijk

Gemeentegrootte

Aantal inwoners in acht klassen.

1	minder dan 5000 inwoners
2	5000 tot 10.000 inwoners
3	10.000 tot 20.000 inwoners
4	20.000 tot 50.000 inwoners
5	50.000 tot 100.000 inwoners
6	100.000 tot 150.000 inwoners
7	150.000 tot 250.000 inwoners
8	250.000 inwoners of meer

Personen met een inkomen onder de lage-inkomensgrens

De CBS-maat voor lage inkomens is gehanteerd. Reden om niet de SCP-maat te hanteren is dat die niet voor alle jaren direct voorhanden is volgens de gemeentelijke indeling 2012. De correlatie tussen beide maten voor de wel beschikbare jaren is hoog.

C.2 Bewerkingen op variabelen

De gezondheidsvariabelen zijn alleen beschikbaar voor 2012. Aan andere jaren zijn dezelfde waarden als in 2012 toegekend.
De variabele voor het percentage personen met een laag inkomen is berekend op basis van een samenvoeging van drie opeenvolgende WOON-enquêtebestanden (2006, 2009 en 2012). Deze bestanden zijn samengevoegd om voldoende waarnemingen voor kleine gemeenten te verkrijgen. Gemiddelden uit deze bestanden zijn toegekend aan alle vier de jaren 2009-2012.

Bijlage D Technische verantwoording schattingsmethode hoofdstuk 5

We hebben een schattingsmethode toegepast waarbij ondanks missings voor de gezondheidsvariabelen uit de Gezondheidsmonitor 2012 toch alle gemeenten in de schattingen konden worden meegenomen. Ondanks het ontbreken van een aantal waarnemingen voor de gezondheidsvariabelen worden bij deze methode, *maximum likelihood with missing values* (mlmv),[95] niet alleen alle coëfficiënten bepaald, maar ook voorspelde waarden (*predicted, expected values*) voor álle waarnemingen van de afhankelijke variabele.
De methode heeft veel weg van een imputatiemethode. Volgens Allison (2012) zijn er twee goede manieren om met missing data om te gaan: het toepassen van *multiple imputation* of de *maximum likelihood*-aanpak. De laatste, die hier is toegepast, verdient volgens Allison (2012) zelfs de voorkeur omdat deze aanpak eenvoudiger is toe te passen.

Om rekening te houden met de afhankelijkheid tussen waarnemingen voor verschillende jaren, zijn de gemeenten geclusterd. Standaardfouten worden dan net als bij *fixed effect*-schattingen gecorrigeerd (Primo *et al.* 2007). Er is afgezien van het toepassen van een elilevelaanpak (die overigens hetzelfde doet als fixed effects) omdat dat niet samen gaat met de maximum likelihood with missing values. Clustering is echter een goed alternatief. Ook het opnemen van dummyvariabelen in de modellen van hoofdstuk 5, analoog aan hoofdstuk 6, gaat niet samen met maximum likelihood with missing values. De methode vindt dan geen optimum. Er is voor gekozen om de waarnemingen te wegen met de bevolking van 18 jaar of ouder teneinde zoveel mogelijk aan te sluiten bij de analyses van hoofdstuk 6 en grote gemeenten meer gewicht te geven dan kleine.
Kortom: er is voor gekozen te schatten met een maximum likelihood-methode voor missing values met clustering en met weging.

95 Mlmv werkt niet bij gsem of xtreg.

Bijlage E Schattingsresultaten

Tabel E.1
Schattingsresultaten bestaande cliënten Wmo huishoudelijke hulp

	huishoudelijke hulp	
	coëfficiënt	z-waarde
gezondheidsvariabelen		
goede gezondheid	0,0039	0,27
langdurige aandoening	0,0053	0,63
lichamelijke beperking	0,0388	2,39**
aanwezigheid mantelzorg	−0,0239	−1,84*
geografische variabelen		
gemeentegrootte	0,0681	1,96*
stedelijkheid	0,0841	2,21**
demografische variabelen		
bevolking ≥ 75 jaar	0,0899	2,55**
alleenstaanden ≥ 75 jaar	0,4161	4,99***
niet-westerse immigranten	−0,0226	−2,89***
sociaaleconomische variabelen		
lage opleiding	0,0036	0,85
onder lage-inkomensgrens	0,0385	1,66*
gemiddelde woz-waarde	−0,0054	−9,77***
dummy's en constante		
dummy voor 2010	−0,0292	−0,94
dummy voor 2011	−0,0525	−1,63
dummy voor 2012	−0,1632	−3,63***
constante	0,8849	0,57
verklaringsmaatstaf (R^2)	0,65	

* significantieniveau 10%, ** significantieniveau 5%, *** significantieniveau 1%

Bron: SCP/CPB

Tabel E.2

Schattingsresultaten bestaande cliënten AWBZ-voorzieningen

	persoonlijke verzorging		verpleging		begeleiding		extramuraal totaal		intramuraal	
	coëffi-ciënt	z-waarde	coëffi-ciënt	z-waarde	coëffi-ciënt	z-waarde	coëffi-ciënt	z-waarde	coëffi-ciënt	z-waarde
gezondheids-variabelen										
goede gezondheid	0,0025	0,28	−0,0022	−0,46	−0,0144	−1,97**	−0,0153	−1,19	−0,0176	−1,12
langdurige aandoening	0,0055	1,10	0,0079	2,79***	0,0034	0,70	0,0067	0,86	0,0086	0,91
lichamelijke beperking	0,0391	3,92***	0,0119	2,02**	0,0058	0,69	0,0360	2,43**	0,0015	0,08
aanwezigheid mantelzorg	−0,0342	−4,62***	−0,0160	−3,66***	−0,0134	−1,99**	−0,0413	−3,68***	−0,0362	−2,35**
geografische variabelen										
gemeentegrootte	0,0407	2,19**	0,0175	1,50	0,0595	3,13***	0,0990	3,30***	0,0759	2,00**
stedelijkheid	0,1322	5,78***	0,0648	5,13***	−0,0448	−2,42**	0,0751	2,37**	−0,1012	−2,24**
demografische variabelen										
bevolking ≥ 75 jaar	0,0609	2,38**	0,0212	1,63	0,0405	1,93*	0,0915	2,63**	0,3596	6,79***
alleenstaanden ≥ 75 jaar	0,1378	2,42**	0,0474	1,60	−0,0745	−1,54	0,0680	0,87	−0,3617	−2,65***
niet-westerse immigranten	−0,0298	−8,43***	−0,0165	−7,88***	−0,0479	−14,61***	−0,0752	−13,86***	−0,0172	−2,25**

Tabel E.2
(Vervolg)

	persoonlijke verzorging		verpleging		begeleiding		extramuraal totaal		intramuraal	
	coëffi-ciënt	z-waarde	coëffi-ciënt	z-waarde	coëffi-ciënt	z-waarde	coëffi-ciënt	z-waarde	coëffi-ciënt	z-waarde
sociaaleconomische variabelen										
lage opleiding	0,0051	1,70*	0,0009	0,55	−0,0096	−3,60***	−0,0057	−1,31	−0,0025	−0,45
onder lage-inkomensgrens	0,0701	5,30***	0,0547	7,04***	0,1359	9,53***	0,1821	8,55***	0,0575	2,05**
gemiddelde woz-waarde	−0,0024	−7,29***	−0,0012	−7,08***	−0,0027	−7,34***	−0,0049	−9,04***	0,0012	1,45
dummy's en constante										
dummy voor 2010	0,0740	12,59***	−0,0224	−4,07***	0,0983	14,74***	0,1292	13,61***	0,0621	5,91***
dummy voor 2011	0,1076	8,93***	−0,0426	−4,99***	0,0772	6,79***	0,1327	7,24***	0,1180	5,49***
dummy voor 2012	0,1023	4,59***	−0,0632	−4,58***	−0,0476	−2,45**	0,0264	0,82	−0,0119	−0,28
constante	−0,0485	−0,05	0,2822	0,52	2,9458	3,63***	3,2694	2,31**	1,4093	0,82
verklaringsmaatstaf (R^2)	0,68		0,61		0,66		0,71		0,34	

* significantieniveau 10%, ** significantieniveau 5%, *** significantieniveau 1%

Bron: SCP/CPB

Tabel E.3

Schattingsresultaten nieuwe cliënten Wmo- en AWBZ-voorzieningen

	huishoudelijke hulp		extramurale AWBZ		intramurale AWBZ	
	coëfficiënt	z-waarde	coëfficiënt	z-waarde	coëfficiënt	z-waarde
gezondheids-variabelen[a]						
goede gezondheid	−0,0013	−0,51	−0,0065	−1,16	−0,0003	−0,09
langdurige aandoening	0,0015	0,99	0,0098	2,79***	0,0042	2,11**
lichamelijke beperking	0,0039	1,22	0,0156	2,51**	−0,0015	−0,44
aanwezigheid mantelzorg	−0,0025	−1,13	−0,0158	−3,19***	−0,0075	−2,25**
geografische variabelen						
gemeentegrootte	0,0043	0,58	0,0554	3,94***	0,0148	1,65*
stedelijkheid	0,0095	1,30	0,0515	3,56***	−0,0257	−3,04***
demografische variabelen						
bevolking ≥ 75 jaar	0,0211	3,13***	0,0714	4,91***	0,0743	7,14***
alleenstaanden ≥ 75 jaar	0,0526	3,14***	0,0576	1,72*	0,0065	0,26
niet-westerse immigranten	−0,0009	−0,70	−0,0274	−10,08***	−0,0007	−0,54
sociaaleconomische variabelen						
lage opleiding	−0,0006	−0,73	−0,0026	−1,38	0,0001	0,10
onder lage-inkomensgrens	0,0082	1,98**	0,0516	5,38***	0,0137	2,43**
gemiddelde woz-waarde	−0,0007	−6,85***	−0,0020	−8,89***	−0,0001	−0,92
dummy's en constante						
dummy voor 2010	0,0144	2,49**	0,0335	4,12***	−0,1249	−10,79***
dummy voor 2011	−0,0626	−7,48***	−0,0974	−9,73***	−0,1477	−11,18***
dummy voor 2012	−0,1654	−16,69***	−0,2518	−15,92***	−0,2251	−15,55***
constante	0,3425	1,32	0,9496	1,59	0,0948	0,26

Tabel E.3
(Vervolg)

	huishoudelijke hulp		extramurale AWBZ		intramurale AWBZ	
	coëfficiënt	z-waarde	coëfficiënt	z-waarde	coëfficiënt	z-waarde
verklaringsmaatstaf (R^2)	0,56		0,74		0,50	

* significantieniveau 10%, ** significantieniveau 5%, *** significantieniveau 1%

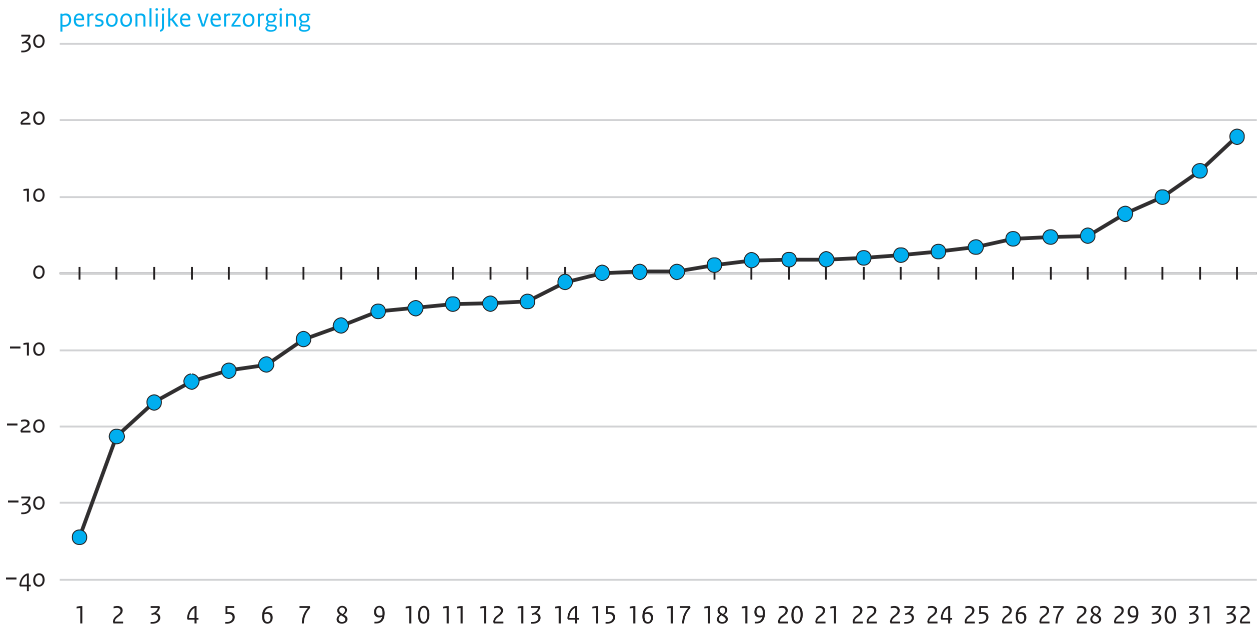
Bron: SCP/CPB

We maken enkele opmerkingen bij de schattingsresultaten. In verreweg de meeste gevallen krijgen de geschatte coëfficiënten het verwachte teken, waarvan in de meeste gevallen ook nog significant. Er zijn enkele uitzonderingen.
Bij intramurale zorg hebben de coëfficiënten minder vaak het verwachte teken en is de verklaringsgraad laag. Dit wordt waarschijnlijk veroorzaakt door de adressenproblematiek. Bij inwoners van intramurale instellingen is de herkomstgemeente namelijk niet altijd gelijk aan de vestigingsgemeente (gemeente waar de intramurale instelling gevestigd is). In het gebruik van intramurale zorg worden bewoners meestal meegerekend bij de vestigingsgemeente terwijl de achtergrondvariabelen betrekking hebben op de herkomstgemeente. Dat bij nieuwe intramurale cliënten de modeluitkomsten meer voldoen aan de verwachtingen en een hogere verklaringsgraad laten zien, versterkt deze verklaring. Nieuwe intramurale cliënten zijn immers lang niet altijd al overgeschreven naar de vestigingsgemeente. Verder bevat de verklarende variabele ‘percentage alleenstaanden van 75 jaar en ouder’ niet de mensen in instellingen. Deze groep alleenstaanden is dus per definitie ‘te gezond’ voor een intramurale opname. Dat in dit geval geen significante positieve relatie wordt gevonden met het percentage (nieuwe) intramurale cliënten, is niet vreemd.
Een positief verband tussen het gemiddelde opleidingsniveau in een gemeente en het percentage cliënten wordt ook gevonden bij de jeugdzorg. Daar begeleiding heel vaak wordt gegeven in de vorm van een pgb, betekent deze uitkomst dat hoog opgeleiden de weg naar een pgb voor begeleiding beter weten te vinden dan laag opgeleiden.
Dat de jaareffecten meestal geen trendmatig verloop kennen, heeft vermoedelijk te maken met jaarlijkse beleidsveranderingen.

Bijlage F Figuren relatieve gecorrigeerde zorgprevalenties

Deze bijlage geeft voor de onderscheiden zorgtypen binnen de extramurale zorg de relatieve gecorrigeerde prevalenties van de indicaties per regio grafisch weer. Deze zorgprevalenties zijn telkens gerangschikt naar grootte. De volgorde van de regio's verschilt per type zorg.

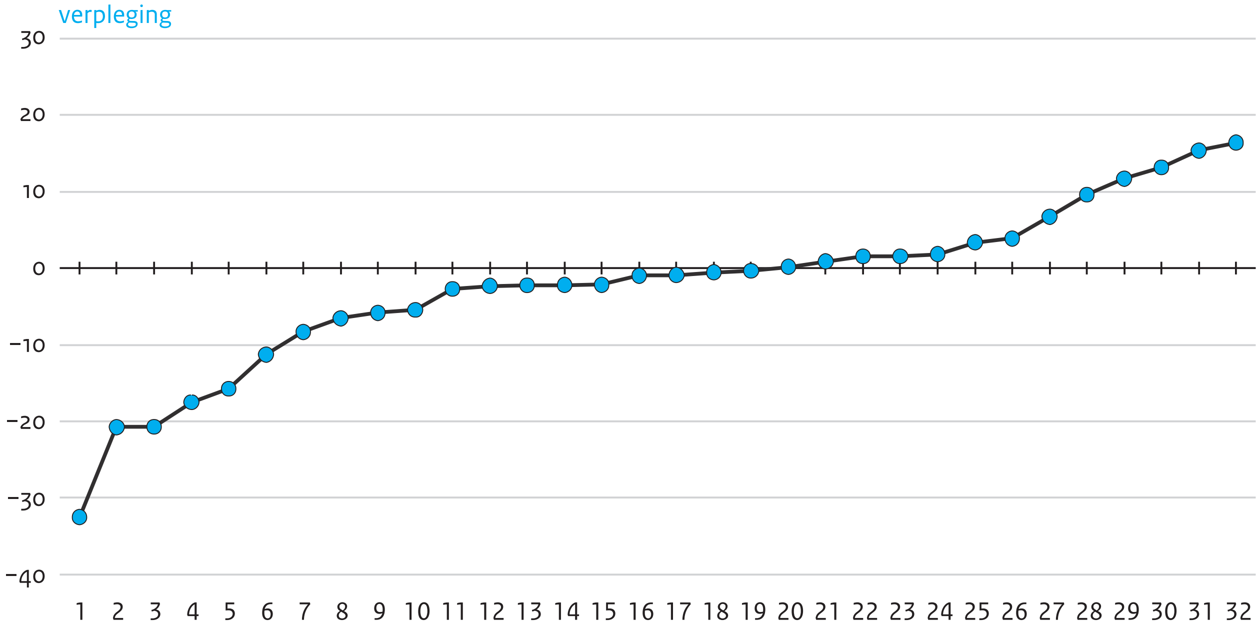
Figuur F.1
Persoonlijke verzorging: relatieve gecorrigeerde zorgprevalenties per regio



Bron: CIZ-gegevens 2008-2013 en CBS-StatLine, SCP/CPB-bewerking

Figuur F.2

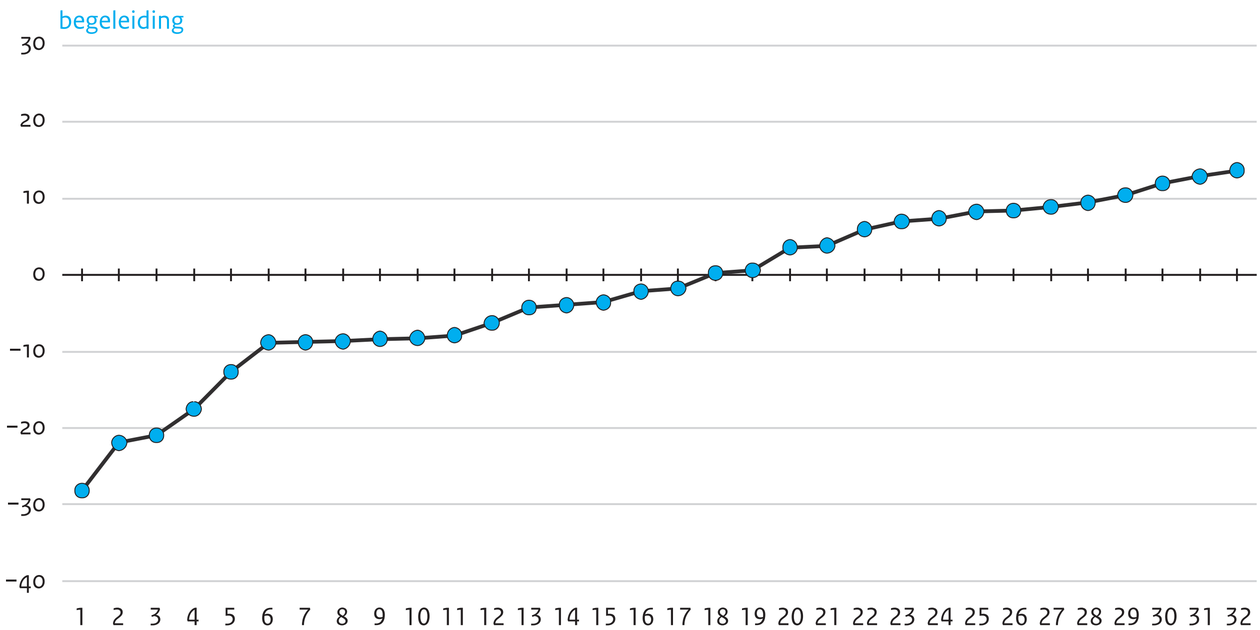
Verpleging: relatieve gecorrigeerde zorgprevalenties per regio



Bron: CIZ-gegevens 2008-2013 en CBS-StatLine, SCP/CPB-bewerking

Figuur F.3

Begeleiding: relatieve gecorrigeerde zorgprevalenties per regio



Bron: CIZ-gegevens 2008-2013 en CBS,StatLine SCP/CPB-bewerking

Bijlage G Onderzoeksverantwoording hoofdstuk 6

Afbakening onderzoekspopulatie

De gebruikte dataset bestaat uit observaties voor elke zorgperiode in 2011 (intramurale zorg) en 2012 (extramurale zorg) voor elke persoon met een indicatie. Voor elke observatie is informatie beschikbaar over de geïndiceerde zorg, de hoeveelheid zorg in natura die gebruikt is en een set achtergrondkenmerken. Vanwege de beperkingen van de beschikbare datasets en om de interpretatie van de resultaten te vereenvoudigen is voor de gepresenteerde analyses maar een deel van de beschikbare observaties gebruikt. Een van de beperkingen is dat pgb's niet geregistreerd zijn. Daarom is een deel van de analyses alleen gedaan op de groep die zorg in natura gebruikte en zijn niet-gebruikers en pgb-houders (die dus niet van elkaar te onderscheiden zijn) buiten beschouwing gebleven. Tabel G.1a beschrijft de selectiecriteria die op alle analyses van toepassing zijn, tabel G.1b beschrijft per analyse eventuele aanvullende selectiecriteria.

Tabel G.1a
Overzicht toegepaste selectiecriteria

selectiecriteria
In leven aan het begin van de periode
18 jaar of ouder aan het begin van de periode

Bron: CPB/SCP

Tabel G.1b
Overzicht aanvullende selectiecriteria per analyse

analyse	selectiecriteria
zorg zonder verblijf: beschrijvende statistiek	geen aanvullende selectiecriteria (tabel 6.1) voor de hele zorgperiode van vier weken een geldige indicatie voor extramurale zorg (figuur 6.2)
zorg zonder verblijf: multivariate analyse	voor de hele zorgperiode van vier weken een geldige indicatie voor extramurale zorg volledige informatie beschikbaar over alle in de analyse gebruikte achtergrondkenmerken gebruik van zorg in natura
zorg met verblijf: beschrijvende statistiek	een indicatie voor intramurale zorg en geen indicatie voor extramurale zorg (alleen tabel 3 – dit is 97,9% van het totale aantal observaties met een indicatie voor intramurale zorg) voor de hele zorgperiode van vier weken een geldige indicatie voor intramurale zorg (alleen figuur 4)
zorg met verblijf: multivariate analyse	voor de hele zorgperiode van vier weken een geldige indicatie voor intramurale zorg

Tabel G.1b
(Vervolg)

analyse	selectiecriteria
	volledige informatie beschikbaar over alle in de analyse gebruikte achtergrondkenmerken gebruik van zorg in natura

Bron: CPB/SCP

Regressieanalyses

Om de invloed van verschillen in de kenmerken van cliënten op de verschillen tussen indicatie en gebruik (gemeten als het deel van de geïndiceerde zorg dat gebruikt werd)[96] te reduceren, corrigeren we door middel van multivariate regressieanalyses voor een groot aantal relevante persoonlijke kenmerken. Tabel G.2 beschrijft de onafhankelijke variabelen die in die regressieanalyses zijn gebruikt. Voor de multivariate regressieanalyses waarop figuur 6.2 en figuur 6.4 gebaseerd zijn is de kleinste kwadraten methode gebruikt.

Tabel G.2
Overzicht gebruikte onafhankelijke variabelen in multivariate regressies

omschrijving	categorie	meetmoment
geslacht	0 = vrouw; 1 = man	-
leeftijd	indicator voor leeftijd van 18 tot en met 65 jaar en zes indicatoren voor vijfjaars leeftijdsklassen van 65 tot en met 79 jaar en van 85 tot en met 95 jaar of ouder (referentiecategorie: 80 tot 84 jaar)	31 december van het huidige jaar
herkomst	volgens definitie CBS (referentiecategorie: autochtoon; zes indicatoren voor andere herkomst)	-
kinderen	indicator die aangeeft of iemand de ouder is van minstens één kind (refentiecategorie: geen kinderen)	eind 2012
aantal kinderen	aantal kinderen van wie iemand de ouder is	eind 2012
grondslag	vijf indicatoren die aangeven wat de reden was voor de indicatie: psychogeriatrische aandoening, psychiatrische aandoening, lichamelijke handicap, zintuiglijke handicap, verstandelijke handicap Er is geen onderscheid gemaakt tussen de dominante en de eventuele secundaire grondslag, beide tellen mee. (referentiecategorie: geen grondslag geregistreerd of alleen een somatische aandoening)	-

96 Gemaximeerd op 1.

Tabel G.2
(Vervolg)

omschrijving	categorie	meetmoment
zorgkantoorregio's	31 indicatoren voor de zorgkantoorregio (referentiecategorie: zorgkantoorregio 1). Personen zijn ingedeeld in de zorgkantoorregio waartoe de gemeente behoort waarin zij volgens de Gemeentelijke Basisadministratie wonen.	begin van de zorgperiode van vier weken
uitgaven Zvw in voorgaande jaar	totale uitgaven in euro's	voorgaande jaar
overleden voor eind 2013	twee variabelen: indicator: overleden voor eind 2013 (referentiecategorie: leeft eind 2013 nog) het aantal maanden tot overlijden	
periode zorgjaar	twaalf indicatoren voor de perioden 2-13 (referentiecategorie: eerste zorgperiode)	
stedelijkheidsgraad	vier indicatoren op basis van de adressendichtheid van de gemeente: 1500-2500 adressen per km^2; 1000-1500 adressen per km^2; 500-1000 adressen per km^2; < 500 adressen per km^2 (referentiecategorie: adressendichtheid > 2500 adressen per km^2)	begin van de zorgperiode van vier weken

Bij de multivariate regressies voor extramurale zorg worden verder de volgende variabelen ook gebruikt:

omschrijving	categorie	meetmoment
omvang huishouden	aantal personen in het huishouden	begin van de zorgperiode van vier weken
partner in huishouden	indicator die aangeeft of iemand met een partner een huishouden heeft (referentiecategorie: deelt huishouden niet met een partner)	begin van de zorgperiode van vier weken
inkomen	gestandaardiseerd bruto huishoudensinkomen	.
functieklasse	acht indicatoren die samen de hoogste functieklasse aangeven waarvoor iemand binnen de zorgperiode van vier weken een indicatie had (referentiecategorie: de laagst mogelijke functieklasse)	

Bron: CPB/SCP

Het corrigeren voor achtergrondkenmerken heeft minder invloed op de regionale verschillen in het deel van de geïndiceerde zorg dat gebruikt wordt (tabel A3) dan op de regionale verschillen die in hoofdstuk 5 besproken zijn. Op individueel niveau zijn veel van de per-

soonlijke kenmerken echter wél belangrijk (tabel A4). Demografische kenmerken spelen bijvoorbeeld een belangrijke rol: oudere en vrouwelijke cliënten, cliënten die voor het eind van 2013 overlijden en cliënten zonder partner gebruiken een groter deel van de geïndiceerde extramurale zorg en gebruiken een indicatie voor intramurale zorg vaker om intramurale zorg te krijgen.[97,98] Personen met kinderen gebruiken juist een kleiner deel van de geïndiceerde zorg en als ze een indicatie voor intramurale zorg hebben, verblijven ze minder vaak in een zorginstelling. Binnen de groep cliënten met kinderen gebruiken cliënten met veel kinderen minder zorg dan cliënten met slechts een klein aantal kinderen. De herkomst van de cliënt, het gestandaardiseerd huishoudensinkomen, de omvang van het huishouden en de stedelijkheidsgraad van de woongemeente hebben vaak een statistisch significante relatie met het deel van de geïndiceerde zorg dat gebruikt wordt, maar die relatie verschilt tussen de onderzochte zorgvormen.

Ook de gezondheid en de beperkingen van de cliënt spelen een belangrijke rol. De grondslag is een belangrijke voorspeller voor het deel van de indicatie dat gebruikt wordt. Vergeleken met cliënten met alleen een somatische aandoening gebruiken cliënten met een andere (dominante of secundaire) grondslag een groter deel van de geïndiceerde verpleging en persoonlijke verzorging. Als cliënten met een andere (dominante of secundaire) grondslag dan een somatische aandoening een indicatie voor intramurale zorg hebben, kiezen ze minder vaak voor extramurale zorg en (met uitzondering van cliënten met een psychiatrische aandoening) vaker voor een opname in een zorginstelling. Cliënten met een psychogeriatrische of psychiatrische aandoening gebruiken een kleiner deel van de geïndiceerde individuele begeleiding en groepsbegeleiding dan cliënten met alleen een somatische aandoening; cliënten met een lichamelijke of verstandelijke handicap gebruiken juist een groter deel. Daarnaast gebruiken cliënten met een zintuiglijke handicap een kleiner deel van de geïndiceerde groepsbegeleiding. Ook de functieklasse speelt bij extramurale zorg een rol, zoals ook bleek uit figuur 6.1: een hogere functieklasse betekent over het algemeen dat een kleiner deel van de geïndiceerde zorg gebruikt wordt. De relatie tussen het deel van de geïndiceerde zorg dat gebruikt wordt enerzijds en de zorgperiode en uitgaven aan de Zvw-zorg in het voorgaande jaar anderzijds hangt af van het type zorg.

97 Personen ouder dan 95 jaar en personen die voor het eind van 2013 overlijden gebruiken een kleiner deel van de geïndiceerde groepsbegeleiding.

98 De relatie tussen deze demografische kenmerken en de keuze voor extramurale zorg ondanks een indicatie voor intramurale zorg is vaak omgekeerd: oudere (en jongere) en vrouwelijke cliënten en cliënten die voor het eind van 2013 overlijden kiezen minder vaak voor extramurale zorg bij een indicatie voor intramurale zorg. Cliënten met kinderen kiezen relatief vaak voor deze optie.

Tabel G.3

Regionale variatie in het deel van de geïndiceerde zorg dat gebruikt wordt

	Intramurale zorg		Verpleging		Persoonlijke verzorging		Individuele begeleiding		Groepsbegeleiding	
	Ongecor-rigeerd	Gecor-rigeerd	Ongecor-rigeerd	Gecor-rigeerd	Ongecor-rigeerd	Gecor-rigeerd	Ongecor-rigeerd	Gecor-rigeerd	Ongecor-rigeerd	Gecor-rigeerd
Zorgkantoor 1	0.002	0.001	0.055	0.066	0.001	0.008	0.012	0.008	-0.017	-0.006
Zorgkantoor 2	-0.052	-0.035	0.055	0.033	0.049	0.022	0.039	0.035	-0.044	-0.027
Zorgkantoor 3	0.013	0.014	0.016	0.023	-0.006	0.001	0.030	0.046	-0.013	-0.004
Zorgkantoor 4	0.015	0.018	0.013	0.019	0.020	0.028	-0.013	-0.016	0.021	0.006
Zorgkantoor 5	0.026	0.021	-0.033	-0.036	-0.037	-0.043	-0.055	-0.064	-0.001	0.001
Zorgkantoor 6	0.025	0.031	0.027	0.037	0.021	0.028	0.058	0.062	0.014	0.012
Zorgkantoor 7	-0.029	-0.021	-0.030	-0.023	-0.016	0.002	-0.034	-0.043	-0.003	-0.013
Zorgkantoor 8	0.004	0.005	0.032	0.030	0.020	0.024	0.035	0.039	0.016	-0.002
Zorgkantoor 9	0.028	0.023	0.040	0.040	0.030	0.028	-0.005	-0.006	-0.009	0.001
Zorgkantoor 10	-0.017	-0.015	0.022	-0.001	0.005	-0.016	-0.017	-0.022	-0.030	-0.024
Zorgkantoor 11	-0.020	-0.023	0.014	-0.003	-0.001	-0.015	0.020	0.012	-0.067	-0.039
Zorgkantoor 12	-0.014	-0.016	-0.116	-0.123	-0.044	-0.056	-0.013	-0.017	-0.004	0.001
Zorgkantoor 13	-0.026	-0.028	-0.045	-0.041	-0.072	-0.067	-0.060	-0.069	-0.042	-0.027
Zorgkantoor 14	0.061	0.062	-0.023	-0.014	0.007	0.009	0.011	0.018	0.020	0.024
Zorgkantoor 15	-0.048	-0.055	-0.037	-0.043	-0.007	-0.023	-0.056	-0.054	0.023	0.020
Zorgkantoor 16	0.022	0.022	0.037	0.041	0.019	0.031	-0.003	-0.007	-0.027	-0.033
Zorgkantoor 17	-0.011	-0.011	0.029	0.028	0.004	0.007	0.012	0.010	-0.047	-0.033
Zorgkantoor 18	0.033	0.034	-0.031	-0.034	-0.014	-0.008	0.024	0.022	0.041	0.005
Zorgkantoor 19	0.003	0.004	0.040	0.041	-0.004	0.007	0.051	0.033	0.045	0.031
Zorgkantoor 20	-0.016	-0.007	0.008	-0.008	0.043	0.021	0.019	0.010	0.040	0.035
Zorgkantoor 21	0.000	0.002	0.033	0.037	-0.028	-0.018	-0.005	0.009	0.067	0.042
Zorgkantoor 22	-0.021	-0.017	0.020	0.015	-0.008	-0.008	-0.023	-0.016	-0.011	0.003
Zorgkantoor 23	-0.005	-0.008	0.008	0.018	0.049	0.051	0.002	0.001	0.026	0.024
Zorgkantoor 24	0.012	0.008	0.012	0.010	0.023	0.022	-0.035	-0.036	0.022	0.007

Tabel G.3
(Vervolg)

	Intramurale zorg		Verpleging		Persoonlijke verzorging		Individuele begeleiding		Groepsbegeleiding	
	Ongecor-rigeerd	Gecor-rigeerd	Ongecor-rigeerd	Gecor-rigeerd	Ongecor-rigeerd	Gecor-rigeerd	Ongecor-rigeerd	Gecor-rigeerd	Ongecor-rigeerd	Gecor-rigeerd
Zorgkantoor 25	-0.065	-0.064	-0.014	0.011	-0.007	-0.005	-0.001	-0.003	-0.065	-0.032
Zorgkantoor 26	0.064	0.055	0.003	-0.004	0.000	-0.010	0.009	0.012	0.014	-0.006
Zorgkantoor 27	0.060	0.051	0.025	0.010	0.028	0.032	0.013	0.009	-0.008	-0.007
Zorgkantoor 28	0.008	0.009	-0.059	-0.053	-0.016	-0.005	-0.022	-0.017	0.024	0.024
Zorgkantoor 29	0.011	0.006	-0.055	-0.052	-0.030	-0.028	0.011	0.005	-0.028	-0.026
Zorgkantoor 30	-0.006	-0.008	-0.076	-0.061	-0.001	0.002	0.018	0.033	0.021	0.016
Zorgkantoor 31	-0.012	-0.012	-0.001	0.001	-0.011	-0.004	-0.018	-0.013	0.034	0.024
Zorgkantoor 32	-0.045	-0.046	0.030	0.036	-0.018	-0.015	-0.001	0.018	-0.011	0.002

Noot: waarden geven de afwijking in procentpunten van het ongewogen gemiddelde op zorgkantoorregioniveau aan.

Bron: SCP/CPB

Tabel G.4

Resultaten multivariate analyses

	Deel van de geindiceerde extramurale zorg dat gebruikt wordt door gebruikers van zorg in natura, per type zorg				
	Intramurale zorg	Verpleging	Persoonlijke verzorging	Individuele begeleiding	Groepsbegeleiding
Zorgkantoor 2	-0.036	-0.034	0.015	0.027	-0.021
	(0.002)**	(0.006)**	(0.002)**	(0.004)**	(0.004)**
Zorgkantoor 3	0.013	-0.044	-0.006	0.038	0.002
	(0.002)**	(0.006)**	(0.002)**	(0.004)**	(0.004)
Zorgkantoor 4	0.016	-0.047	0.021	-0.024	0.011
	(0.002)**	(0.005)**	(0.002)**	(0.004)**	(0.003)**
Zorgkantoor 5	0.020	-0.102	-0.050	-0.072	0.007
	(0.002)**	(0.006)**	(0.003)**	(0.004)**	(0.005)
Zorgkantoor 6	0.030	-0.029	0.020	0.054	0.018
	(0.002)**	(0.005)**	(0.002)**	(0.004)**	(0.004)**
Zorgkantoor 7	-0.022	-0.090	-0.005	-0.051	-0.007
	(0.003)**	(0.006)**	(0.003)	(0.004)**	(0.005)
Zorgkantoor 8	0.004	-0.036	0.016	0.031	0.004
	(0.002)*	(0.005)**	(0.002)**	(0.004)**	(0.004)
Zorgkantoor 9	0.022	-0.026	0.021	-0.014	0.007
	(0.002)**	(0.005)**	(0.002)**	(0.004)**	(0.004)
Zorgkantoor 10	-0.016	-0.067	-0.024	-0.030	-0.019
	(0.002)**	(0.006)**	(0.002)**	(0.004)**	(0.004)**
Zorgkantoor 11	-0.025	-0.070	-0.022	0.004	-0.033
	(0.002)**	(0.006)**	(0.002)**	(0.004)	(0.004)**
Zorgkantoor 12	-0.017	-0.190	-0.064	-0.025	0.007
	(0.002)**	(0.006)**	(0.002)**	(0.004)**	(0.004)
Zorgkantoor 13	-0.029	-0.107	-0.075	-0.077	-0.021
	(0.002)**	(0.006)**	(0.003)**	(0.004)**	(0.005)**
Zorgkantoor 14	0.060	-0.081	0.001	0.010	0.030
	(0.002)**	(0.006)**	(0.003)	(0.005)*	(0.005)**
Zorgkantoor 15	-0.057	-0.110	-0.031	-0.062	0.026
	(0.003)**	(0.007)**	(0.003)**	(0.005)**	(0.005)**
Zorgkantoor 16	0.020	-0.025	0.023	-0.015	-0.027
	(0.002)**	(0.005)**	(0.002)**	(0.004)**	(0.004)**
Zorgkantoor 17	-0.012	-0.039	0.000	0.002	-0.027
	(0.002)**	(0.005)**	(0.002)	(0.004)	(0.004)**
Zorgkantoor 18	0.033	-0.100	-0.016	0.014	0.011
	(0.002)**	(0.005)**	(0.002)**	(0.004)**	(0.004)**
Zorgkantoor 19	0.003	-0.026	-0.001	0.025	0.036
	(0.002)	(0.005)**	(0.002)	(0.004)**	(0.004)**
Zorgkantoor 20	-0.008	-0.075	0.013	0.002	0.041
	(0.002)**	(0.005)**	(0.002)**	(0.004)	(0.004)**
Zorgkantoor 21	0.000	-0.029	-0.026	0.001	0.048
	(0.002)	(0.005)**	(0.002)**	(0.004)	(0.004)**

Tabel G.4
(Vervolg)

	Deel van de geindiceerde extramurale zorg dat gebruikt wordt door gebruikers van zorg in natura, per type zorg				
	Intramurale zorg	Verpleging	Persoonlijke verzorging	Individuele begeleiding	Groepsbegeleiding
Zorgkantoor 22	-0.018	-0.051	-0.016	-0.024	0.008
	(0.002)**	(0.005)**	(0.002)**	(0.004)**	(0.003)*
Zorgkantoor 23	-0.010	-0.049	0.044	-0.007	0.030
	(0.002)**	(0.006)**	(0.002)**	(0.004)	(0.004)**
Zorgkantoor 24	0.006	-0.056	0.015	-0.044	0.012
	(0.002)**	(0.005)**	(0.002)**	(0.004)**	(0.004)**
Zorgkantoor 25	-0.066	-0.055	-0.013	-0.011	-0.026
	(0.002)**	(0.006)**	(0.003)**	(0.005)*	(0.004)**
Zorgkantoor 26	0.053	-0.070	-0.017	0.004	0.000
	(0.002)**	(0.005)**	(0.002)**	(0.004)	(0.004)
Zorgkantoor 27	0.050	-0.056	0.024	0.000	-0.001
	(0.002)**	(0.005)**	(0.002)**	(0.004)	(0.004)
Zorgkantoor 28	0.008	-0.120	-0.013	-0.025	0.030
	(0.002)**	(0.006)**	(0.002)**	(0.004)**	(0.004)**
Zorgkantoor 29	0.005	-0.119	-0.035	-0.003	-0.020
	(0.002)**	(0.005)**	(0.002)**	(0.004)	(0.004)**
Zorgkantoor 30	-0.009	-0.128	-0.006	0.025	0.022
	(0.002)**	(0.005)**	(0.002)**	(0.004)**	(0.003)**
Zorgkantoor 31	-0.013	-0.066	-0.012	-0.021	0.030
	(0.002)**	(0.005)**	(0.002)**	(0.004)**	(0.004)**
Zorgkantoor 32	-0.048	-0.030	-0.023	0.010	0.007
	(0.002)**	(0.006)**	(0.003)**	(0.004)*	(0.004)
Leeftijd 18-64	-0.024	-0.019	-0.051	-0.063	-0.154
	(0.001)**	(0.002)**	(0.001)**	(0.002)**	(0.001)**
Leeftijd 65-69	0.040	-0.008	-0.036	-0.008	-0.065
	(0.001)**	(0.002)**	(0.001)**	(0.002)**	(0.002)**
Leeftijd 70-74	0.017	0.004	-0.021	-0.003	-0.015
	(0.001)**	(0.002)*	(0.001)**	(0.003)	(0.002)**
Leeftijd 75-79	-0.004	0.000	-0.013	-0.003	-0.004
	(0.001)**	(0.001)	(0.001)**	(0.003)	(0.001)*
Leeftijd 85-89	0.016	0.001	0.007	0.004	0.007
	(0.001)**	(0.001)	(0.001)**	(0.003)	(0.001)**
Leeftijd 90-94	0.044	-0.002	0.019	0.030	0.019
	(0.001)**	(0.002)	(0.001)**	(0.003)**	(0.002)**
Leeftijd 95+	0.076	0.011	0.039	0.056	-0.006
	(0.001)**	(0.003)**	(0.001)**	(0.005)**	(0.004)
Man	-0.009	-0.008	-0.016	-0.028	0.012
	(0.000)**	(0.001)**	(0.000)**	(0.001)**	(0.001)**
Overleden voor eind 2013	0.113	0.058	0.009	0.046	-0.017
	(0.001)**	(0.003)**	(0.001)**	(0.004)**	(0.004)**

Tabel G.4
(Vervolg)

	Deel van de geindiceerde extramurale zorg dat gebruikt wordt door gebruikers van zorg in natura, per type zorg				
	Intramurale zorg	Verpleging	Persoonlijke verzorging	Individuele begeleiding	Groepsbegeleiding
Aantal maanden tot overlijden	-0.002	-0.002	0.000	-0.003	0.001
	(0.000)**	(0.000)**	(0.000)	(0.000)**	(0.000)**
Herkomst-categorie 2	-0.171	0.043	0.090	0.078	0.019
	(0.003)**	(0.004)**	(0.003)**	(0.002)**	(0.003)**
Herkomst-categorie 3	-0.168	0.082	0.135	0.044	-0.015
	(0.003)**	(0.005)**	(0.003)**	(0.002)**	(0.003)**
Herkomst-categorie 4	-0.027	0.022	0.028	-0.020	0.004
	(0.002)**	(0.004)**	(0.002)**	(0.002)**	(0.002)
Herkomst-categorie 5	-0.049	0.041	0.015	-0.022	0.010
	(0.002)**	(0.007)**	(0.004)**	(0.003)**	(0.004)*
Herkomst-categorie 6	-0.008	-0.005	0.001	0.002	0.004
	(0.001)**	(0.002)**	(0.001)	(0.001)	(0.001)**
Herkomst-categorie 7	-0.067	0.008	0.010	0.000	0.005
	(0.002)**	(0.005)	(0.003)**	(0.002)	(0.003)
Kinderen	-0.058	-0.013	-0.008	-0.005	-0.006
	(0.001)**	(0.001)**	(0.001)**	(0.001)**	(0.001)**
Aantal kinderen	-0.002	0.003	0.001	0.003	0.002
	(0.000)**	(0.000)**	(0.000)**	(0.000)**	(0.000)**
Omvang huishouden		0.004	0.000	0.000	0.006
		(0.001)**	(0.000)	(0.000)	(0.000)**
Partner in Huishouden		-0.026	-0.038	-0.037	-0.033
		(0.001)**	(0.000)**	(0.001)**	(0.001)**
Stedelijkheids-categorie 2	0.000	-0.027	-0.024	-0.015	-0.011
	(0.001)	(0.002)**	(0.001)**	(0.001)**	(0.002)**
Stedelijkheids-categorie 3	-0.008	-0.026	-0.029	0.004	0.009
	(0.001)**	(0.002)**	(0.001)**	(0.001)**	(0.002)**
Stedelijkheids-categorie 4	-0.001	-0.017	-0.031	0.011	0.018
	(0.001)	(0.002)**	(0.001)**	(0.001)**	(0.002)**

Tabel G.4
(Vervolg)

	Deel van de geindiceerde extramurale zorg dat gebruikt wordt door gebruikers van zorg in natura, per type zorg				
	Intramurale zorg	Verpleging	Persoonlijke verzorging	Individuele begeleiding	Groepsbegeleiding
Stedelijkheids-categorie 5	-0.014	-0.019	-0.032	0.008	0.029
	(0.001)**	(0.002)**	(0.001)**	(0.002)**	(0.002)**
Inkomen		0.000	0.000	0.000	0.000
		(0.000)**	(0.000)**	(0.000)**	(0.000)**
Grondslag: psychogeriatrische aandoening	0.071	0.080	0.042	-0.068	-0.023
	(0.001)**	(0.002)**	(0.001)**	(0.002)**	(0.001)**
Grondslag: psychiatrische aandoening	-0.009	0.039	0.030	-0.019	-0.086
	(0.001)**	(0.002)**	(0.001)**	(0.001)**	(0.001)**
Grondslag: lichamelijke handicap	0.031	0.074	0.051	0.019	0.009
	(0.001)**	(0.002)**	(0.001)**	(0.001)**	(0.001)**
Grondslag: verstandelijke handicap	0.071	0.031	0.036	0.061	0.065
	(0.001)**	(0.004)**	(0.002)**	(0.001)**	(0.001)**
Grondslag: zintuiglijke handicap	0.020	0.055	0.017	-0.002	-0.026
	(0.001)**	(0.004)**	(0.002)**	(0.002)	(0.002)**
zvw-uitgaven in voorgaande jaar	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
	(0.000)**	(0.000)**	(0.000)**	(0.000)**	(0.000)**
Zorgperiode: 2	0.001	0.004	0.002	0.004	-0.007
	(0.001)	(0.002)	(0.001)*	(0.002)*	(0.002)**
Zorgperiode: 3	0.000	0.000	0.001	0.005	0.003
	(0.001)	(0.002)	(0.001)	(0.002)**	(0.002)
Zorgperiode: 4	-0.003	-0.001	-0.004	-0.008	-0.025
	(0.001)**	(0.002)	(0.001)**	(0.002)**	(0.002)**
Zorgperiode: 5	-0.006	-0.002	-0.009	-0.038	-0.061
	(0.001)**	(0.002)	(0.001)**	(0.002)**	(0.002)**
Zorgperiode: 6	-0.008	-0.005	-0.010	-0.021	-0.031
	(0.001)**	(0.002)*	(0.001)**	(0.002)**	(0.002)**
Zorgperiode: 7	-0.007	0.000	-0.003	-0.023	-0.013
	(0.001)**	(0.002)	(0.001)**	(0.002)**	(0.002)**

Tabel G.4
(Vervolg)

	Intramurale zorg	Deel van de geindiceerde extramurale zorg dat gebruikt wordt door gebruikers van zorg in natura, per type zorg Verpleging	Persoonlijke verzorging	Individuele begeleiding	Groepsbegeleiding
Zorgperiode: 8	-0.009	-0.009	-0.011	-0.075	-0.049
	(0.001)**	(0.002)**	(0.001)**	(0.002)**	(0.002)**
Zorgperiode: 9	-0.010	-0.004	-0.007	-0.042	-0.028
	(0.001)**	(0.002)	(0.001)**	(0.002)**	(0.002)**
Zorgperiode: 10	-0.010	-0.003	-0.003	-0.022	-0.008
	(0.001)**	(0.002)	(0.001)*	(0.002)**	(0.002)**
Zorgperiode: 11	-0.011	0.002	0.001	-0.012	-0.005
	(0.001)**	(0.002)	(0.001)	(0.002)**	(0.002)**
Zorgperiode: 12	-0.012	0.003	0.005	0.005	0.007
	(0.001)**	(0.002)	(0.001)**	(0.002)**	(0.002)**
Zorgperiode: 13	-0.014	0.000	-0.007	-0.051	-0.081
	(0.001)**	(0.002)	(0.001)**	(0.002)**	(0.002)**
Functieklasse: 2		-0.027	-0.110	-0.136	-0.073
		(0.001)**	(0.001)**	(0.001)**	(0.004)**
Functieklasse: 3		-0.074	-0.149	-0.155	-0.161
		(0.001)**	(0.001)**	(0.001)**	(0.004)**
Functieklasse: 4		-0.103	-0.142	-0.141	-0.111
		(0.001)**	(0.001)**	(0.002)**	(0.004)**
Functieklasse: 5		-0.126	-0.128	-0.131	-0.163
		(0.002)**	(0.001)**	(0.006)**	(0.004)**
Functieklasse: 6		-0.143	-0.112	-0.094	-0.111
		(0.004)**	(0.001)**	(0.017)**	(0.004)**
Functieklasse: 7		-0.089	-0.090	-0.092	-0.094
		(0.010)**	(0.002)**	(0.027)**	(0.005)**
Functieklasse: 8		-0.056	-0.150	-0.184	-0.060
		(0.015)**	(0.002)**	(0.025)**	(0.004)**
Functieklasse: 9		0.106	-0.020	-0.270	-0.042
		(0.033)**	(0.005)**	(0.003)**	(0.004)**
Functieklasse: 10					-0.036
					(0.005)**
Intercept	0.789	0.781	0.890	0.899	0.903
	(0.002)**	(0.006)**	(0.002)**	(0.005)**	(0.006)**
Aantal observaties	3812818	541946	2050715	853069	558581

Tabel G.4
(Vervolg)

	Intramurale zorg	Deel van de geindiceerde extramurale zorg dat gebruikt wordt door gebruikers van zorg in natura, per type zorg			
		Verpleging	Persoonlijke verzorging	Individuele begeleiding	Groepsbegeleiding
Deel van de geïndiceerde uren dat gemiddeld gebruikt wordt		0.646	0.721	0.692	0.706

Noot: coëfficiënten geschat volgens de kleinstekwadratenmethode. Standaardfouten tussen haakjes.
** p-waarde < 0.01; * p-waarde < 0.05.

Bron: SCP/CPB

Literatuur

Allison, Paul (2012). Why Maximum Likelihood is Better Than Multiple Imputation. Geraadpleegd 8 augustus 2015 via statisticalhorizons.com/ml-better-than-mi

CPB (2015). *Macro Economische Verkenning 2015*. Den Haag: Centraal Planbureau.

NZa (2015). *Beleidsregel Verpleging en Verzorging*, BR/CU-7123, Ingangsdatum: 01-01-2015, Einddatum: 31-12-2015

Primo, David M., Mathew L. Jacobsmeier en Jeffrey Milyo (2007). Estimating the Impact of State Policies and Institutions with Mixed-Level Data. In: *State Politics and Policy Quarterly*, jg. 7, nr. 4, p. 446-459.

Rijksoverheid (2014). Onderhandelaarsresultaat transitie verpleging en verzorging Geraadpleegd 11 september 2015 via www.rijksoverheid.nl/documenten/convenanten/2014/03/28/onderhandelaarsresultaat-transitie-verpleging-en-verzorging

Rijksoverheid (2015). Persoonsgebonden budget krijgt wettelijke grondslag in de Zorgverzekeringswet. Geraadpleegd 11 september 2015 via www.rijksoverheid.nl/regering/nieuws/2015/02/06/persoonsgebonden-budget-krijgt-wettelijke-grondslag-in-de-zorgverzekeringswet

TK (2013/2014a). *Persoonsgebonden Budgetten*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2013/2014, 25657, nr. 104.

TK (2013/2014b). *Regels inzake de gemeentelijke ondersteuning op het gebied van zelfredzaamheid, participatie, beschermd wonen en opvang (Wet maatschappelijke ondersteuning 2015), Memorie van toelichting*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2013/2014, 33 841, nr. 3.

TK (2013/2014c). *Regels inzake de verzekering van zorg aan mensen die zijn aangewezen op langdurige zorg (Wet langdurige zorg), Memorie van toelichting*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2013/2014, 33 891, nr. 3.

TK (2013/2014d). *Tijdelijke bepalingen in verband met de instelling van een deelfonds sociaal domein (Tijdelijke wet deelfonds sociaal domein), Brief van de minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties van 11 september 2014*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2013/2014, 33 935, nr. 7.

TK (2014/2015a). *Aanbieding afschrift brief aan de gemeente Brunssum inzake de inkoop van de wijkverpleegkundige zorg 2015*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2014/2015, blg-448805.

TK (2014/2015b). *Ex post compensaties in het risicovereveningssysteem 2015*. Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 19 september 2014. Tweede Kamer, vergaderjaar 2014/2015, 29689, nr. 544.

TK (2014/2015c). *Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2015*. Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 30 juni 2015. Tweede Kamer, vergaderjaar 2014/2015, 34000-XVI, nr. 108.

TK (2014/2015d). *Voorhangbrief bekostiging wijkverpleging*. Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 19 mei 2015. Tweede Kamer, vergaderjaar 2014/2015, 29689, nr. 611.

Transitiebureau Wmo (2015). Handreiking pgb in de Wmo en de Jeugdwet. Geraadpleegd 3 augustus 2015 via www.invoeringwmo.nl/actueel/nieuws/handreiking-pgb-de-wmo-en-de-jeugdwet

VGZ (2015). Inkoop wijkverpleging Coöperatie VGZ 2015. In transitie naar goede zorg dichtbij. Geraadpleegd 11 mei 2015 via www.cooperatievgz.nl/zorgaanbieders/zorgsoorten/wijkverpleging/documents/extern%20beleid%20zorginkoop%20wijkverpleging%20cooperatie%20vgz%202015%20def.pdf

VNG/VWS/ZN (2014). Focuslijst verbinding wijkverpleging en sociaal domein. Geraadpleegd 11 september 2015 via hervorminglangdurigezorg.nl/external/files/Focuslijst_verbinding_wijk-verpleging_en_sociaal_domein_LITERATUUR_OVERIG.pdf

V&VN (2014). Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving. Geraadpleegd 8 mei 2015 via www.venvn.nl/LinkClick.aspx?fileticket=TOP1d8dPT_E%3D&portalid=1

ZN (2014a). Verzekerden kunnen rekenen op pgb. In: ZN *Journaal*, nr. 51.

ZN (2014b). *Inkoopgids Wijkverpleging 2015*. Zeist: Zorgverzekeraars Nederland.